Nederlandse Zorgautoriteit

Bijlage bij Marktscan ggz 2015 deel A

Bronnen, methoden en extra tabellen en figuren

30 april 2016

Inhoud

Bronnen 5

Methoden per hoofdstuk per analyse 11

Bijlage 1. Analyse inschatting schadelast 2013 in de tijd 31

Bijlage 2. Lijst met ggz awbz prestatiecodes in Vektis declaratiegegevens 2012 - 2013 33

Bijlage 3. Van boekjaar naar schadelastjaar: part B 35

Bijlage 4. Meerjarenreeks uitgaven curatieve ggz 2009 - 2015 37

Bijlage 5. Zzp-volumes binnen de ggz-b- en c-pakketten 2011 - 2014 39

Bijlage 6. Wachttijd-verdeling websites 2015 41

Bijlage 7. Analyse bronnen bedden-capaciteit ggz 45
1.1 Mogelijke oorzaken voor verschillen tussen bronnen 45
1.2 Zvw-verblijf 46
1.3 AWBZ-verblijf vanwege behandeling (zzp-b) 46
1.4 AWBZ-beschermd wonen (zzp-c) 46

Bijlage 8. Analyse crisiscontacten 2012 - 2013 49

Mediquest-Leeswijzer wachttijden GGZ 2015 verzameling 1 en 2 50

Overzicht reacties externe consultatie Marktscan ggz 2015 deel A 53

Bronnen

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de gebruikte bronnen. Na een beschrijving van de gebruikte bronnen volgt per hoofdstuk een toelichting op de gebruikte methoden bij elke analyse.

Bronnen

- NZa-gegevens

Voor marktstructuur-, marktgedrag- en betaalbaarheidsanalyses van gebudgetteerde aanbieders is gebruik gemaakt van NZa-gegevens. De Nza verwerkt de budgetten van gebudgetteerde zorgaanbieders in een rekenstaat. Dat gebeurt in een systeem dat rekenstaat informatie systeem (RIS) is genoemd. Hierin worden de productie- en nacalculatieafspraken tussen aanbieders en zorgverzekeraars (curatieve ggz) dan wel zorgkantoren (lggz) in het budget verwerkt.

Budgetten curatieve ggz

Voor de cijfers over de curatieve ggz geldt dat voor de jaren 2009-2012 100% van de budgetgegevens uit definitieve cijfers (‘realisatie’) bestaat. Per 1 januari 2013 zijn er geen budgetten meer in de curatieve ggz.

Budgetten langdurige ggz

Hiervoor zijn alle AWBZ-prestaties geselecteerd die betrekking hebben op de langdurige ggz. Toeslagen zijn hierbij niet meegenomen, omdat deze niet specifiek betrekking hebben op ggz.
Voor de budgetgegevens over de lggz bestaat voor 2013 minimaal 95% van de data uit realisatiegegevens. Voor 2014 is gebruik gemaakt van de productieafspraken uit zowel de budgetronde als de herschikkingsronde. De ervaring leert dat op landelijk niveau de maximale afwijking tussen de definitieve productieafspraken en de realisatie 10% bedraagt. Voor 2015 is gebruik gemaakt van de cijfers uit de budgetronde en niet de herschikkingsronde. Deze cijfers zijn daarom nog onzeker en worden als ‘voorlopig’ gepresenteerd.

- Vektis

Vektis-declaratiegegevens worden gebruikt voor de marktstructuur- en betaalbaarheidsanalyses. Het gaat om bestanden die betrekking hebben op de volgende deelsectoren:

- Eerstelijns-ggz (ELP 2009 t/m 2013)
- Tweedelijns-ggz (QG 2009 t/m 2013)
- AWBZ ggz (2012 en 2013)
- Basis-ggz-extract (2014)
- Zorgprisma-extract poh-ggz (2010-2014)

Details: via Vektis zijn de beschikbare declaratiegegevens van de eerstelijns psychologische zorg (ELP) verzameld (tot en met 2013). Deze zijn afkomstig uit het informatiesysteem ELIS ELP. Bij ELIS ELP zijn de bedragen opgenomen na aftrek van de eigen bijdragen. Vektis ELIS ELP is, net als ZiNL, exclusief de kosten van aanvullende verzekeringen.

Voor de tweedelijns-ggz komen de declaratiegegevens uit het dbc-ggz (voorheen DGZ, nu QG) systeem van Vektis (dbc’s geopend tot en met 2013). Voor beide gegevenssets was de peildatum januari 2015. Dit betekent dat er voor dbc’s geopend in 2013 8 kwartalen declaraties zijn meegenomen. Voor dbc’s geopend in 2012 en eerder zijn er 12 kwartalen meegenomen, en deze jaren worden als ‘uitgedeclareerd’ beschouwd.

Ook zijn voor de jaren 2012-2013 AWBZ-declaratiebestanden van Vektis gebruikt, met name voor de EPA-vignettenanalyse (zie ook methoden). Hiervoor zijn de ggz-gerelateerde AWBZ-prestaties apart genomen. Zie bijlage 2 voor de lijst met ggz-gerelateerde AWBZ-prestatiecodes aanwezig in het ontvangen declaratiebestand ggz-AWBZ.

De poh-ggz-cijfers zijn afkomstig van Vektis Zorgprisma. Peildatum was september 2015.

Voor de basis-ggz-prijzen 2014 is een Vektis-declaratiebestand basis-ggz gebruikt dat circa 85% van de verwachte basis-ggz-schadelast 2014 bevat (peildatum november 2015).

Naast declaratiegegevens is van Vektis een lijst met AGB-codes ontvangen die door Vektis als gebudgetteerd zijn aangemerkt. Deze lijst is gebruikt om de declaratiegegevens te splitsen in dbc-declaraties van (voorheen) gebudgetteerde aanbieders en dbc-declaraties van niet-gebudgetteerde aanbieders.

− Zorginstituut Nederland

Zorgverzekeraars leveren zogeheten kwartaalstaten en jaarstaten aan het Zorginstituut Nederland (ZiNL). Dit gebeurt cf. de voorschriften in het Handboek Zorgverzekeraars en betreft ramingen van de schadelast in een door ZiNL voorgeschreven segmentering. Voor deze scan zijn, naast het ‘Zvw exploitatieoverzicht 2009-2014’ van ZiNL de tweede, derde en vierde kwartaalstaat 2015 gebruikt als bron voor de ggz-schadelast 2013-2015.

Wanneer in de marktscan Vektis-gegevens worden opgehoogd, wordt dit gedaan op basis van de door ZiNL verwachte zorgkosten. Dit om de meest waarschijnlijke uitkomst in beeld te brengen. Dit betekent wel dat sommige aantallen en/of bedragen uiteindelijk lager of hoger kunnen uitvallen, omdat de uiteindelijke schadelast ook hoger of lager dan de raming kan zijn.

Analyse volledigheid Vektis ggz 2009-2013

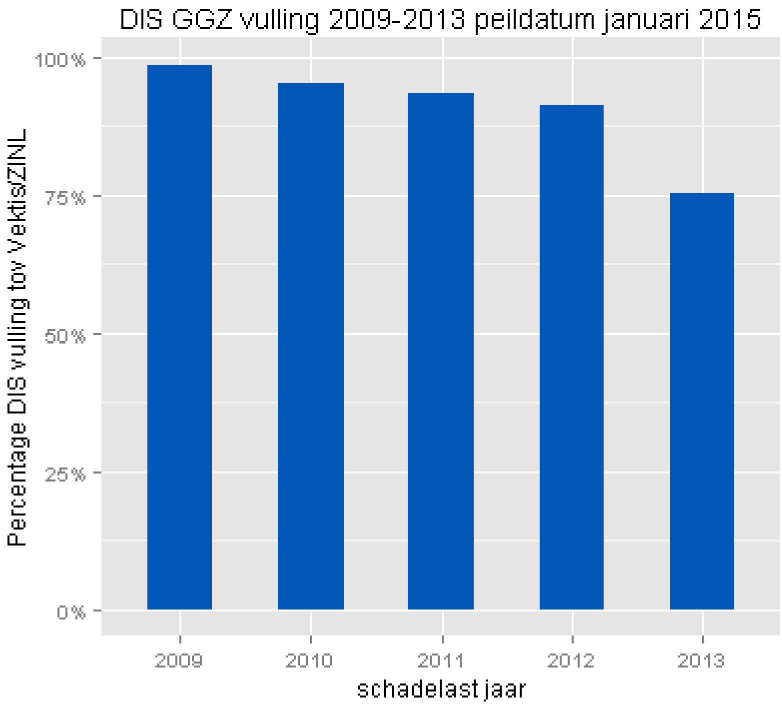
Door te vergelijken met de kwartaalstaten die zorgverzekeraars bij ZiNL aanleveren kunnen we controleren of de Vektis-declaratiegegevens volledig zijn. Hieruit bleek dat er voor één zorgverzekeraar veel dubbele records aanwezig waren voor 2012 (te veel schadelast) en voor een andere zorgverzekeraar (veel) te weinig schadelast voor 2012 (waardoor ook een deel van het aantal patiënten ontbreekt). Het ging hierbij om aanzienlijke bedragen. Hiermee is rekening gehouden bij de analyses (op welke wijze is analyse-specifiek). Ook de verblijfsdagen per patiënt bleken niet altijd correct te zijn. Hier is per patiënt niet meer dan 2 x 365 dagen verblijf toegestaan voor alle dbc’s geopend in één schadelastjaar. Dit is het theoretisch maximum als een patiënt op 1 januari wordt opgenomen, dan op 30 december wordt ontslagen en op 31 december weer wordt opgenomen en dan een opnameperiode van 365 dagen heeft.

− DIS (DBC-Informatiesysteem)

Zorgaanbieders zijn verplicht om elke gedeclareerde dbc aan te leveren aan het DIS. De gegevens in het DIS bevatten aanvullende informatie over de dbc die niet op de factuur zichtbaar is, zoals de geregistreerde tijd in de periode voor 2014 en de diagnose van de patiënt. Patiëntgegevens worden via een ‘trusted third party’ (TTP) gepseudonimiseerd. Dan is wel zichtbaar welke dbc’s bij dezelfde patiënt horen, maar de patiënt is zelf niet meer te identificeren. Voor deze scan is een DIS-extract met peildatum 1 januari 2015 gebruikt.

Analyse volledigheid DIS ggz 2009-2013
Ggz-aanbieders die dbc's declareren zijn verplicht om de dbc-gegevens ook aan DIS aan te leveren. Het blijkt in de praktijk dat dit niet altijd gebeurd, of slechts gedeeltelijk. Hierdoor is de DIS-dataverzameling onvolledig. Voor bepaalde analyses, zoals een landelijke volume-ontwikkeling, is het belangrijk om deze onvolledigheid in kaart te brengen. Dit kan door te vergelijken met de dbc-declaratiegegevens van Vektis (die op hun beurt weer vergeleken worden met totale schadelast van ZiNL). Hiervoor zijn de Vektisdeclaraties via de declaratiecode gekoppeld met de dbc-maximumtarieven. Zo kan er direct een DIS-Vektis vergelijking op dbc-omzet in maximumtarieven gemaakt worden. Doordat ook de verhouding Vektis-ZiNL bekend is ontstaat zo een DIS-ZiNL vergelijking. De resultaten hiervan staan in onderstaande figuur:

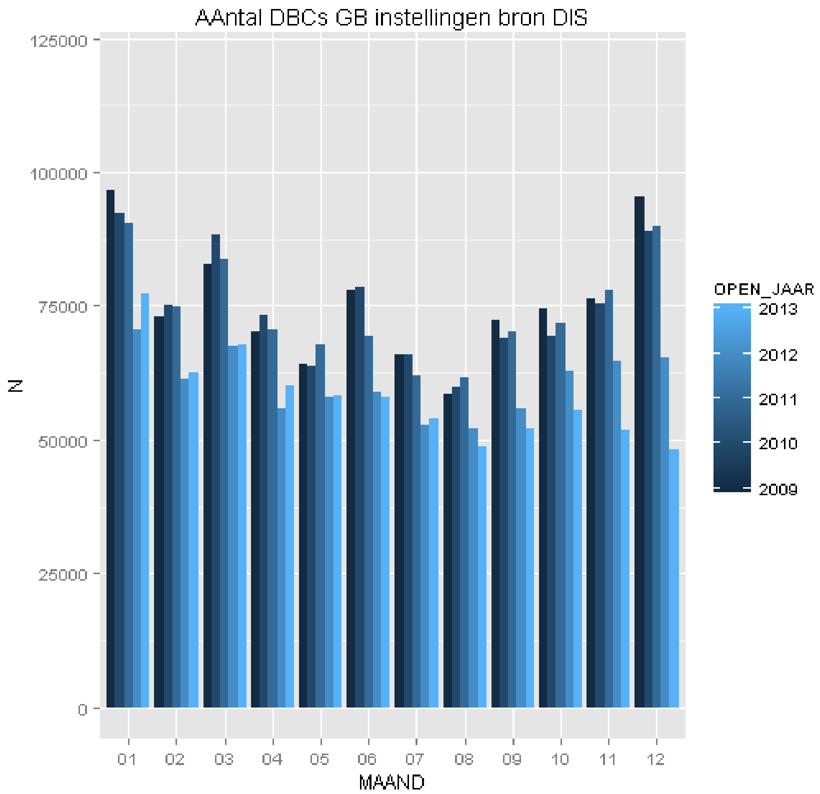
Figuur B.1 DIS-vulling 2009-2013



Bron: DIS/Vektis/ZiNL

De onvolledigheid voor 2013 is deels terug te voeren op onvolledigheid in de laatste maanden van 2013 bij een aantal voormalig gebudgetteerde instellingen. Dit is te zien in onderstaande figuur.

Figuur B.2 aantal dbc's 2009 - 2013



Voor sommige overige aanbieders die ontbreken in DIS lijkt er meer structureel een gat te zitten tussen aanleveren aan DIS en declareren bij de verzekeraar (Vektis).

Ophogen DIS voor dbc-volume-analyses

Voor het schadelastjaar 2012 zijn bij twee zorgverzekeraars op basis van een schadelastvergelijking tussen Vektis en ZiNL op zorgverzekeraarsniveau (afkomstig uit de tweede kwartaalstaat 2014 van ZiNL) correctiefactoren opgenomen in de Vektis-data. Vervolgens zijn DIS en Vektis (inclusief ZiNL-correctiefactoren) langs elkaar gelegd en is de dbc-waarde gebaseerd op maximumtarieven vergeleken per openingsjaar dbc, diagnosehoofdgroep (afgeleid uit de prestatiecode) en type aanbieder (voormalig gebudgetteerd ja/nee). Hierbij zijn alle deelprestaties meegerekend. De beschikbaarheidscomponent crisisdienst ontbrak in de gebruikte DIS-data, maar niet in de Vektis-data, en zorgt daardoor voor een hogere correctiefactor bij de diagnosegroep '000' voor gebudgetteerde aanbieders. Vektis-omzet zonder diagnosehoofdgroep is naar rato verdeeld over alle cellen. Op basis van deze vergelijking zijn per jaar, type aanbieder en diagnosehoofdgroep ophoogfactoren aan de DIS-data toegevoegd. Tenslotte is de totale financiële waarde in DIS opgehoogd via de ophoogfactoren gebaseerd op een vergelijking Vektis-ZiNL (waarbij de Vektis-data voor de twee zorgverzekeraars in 2012 is gecorrigeerd, zodat DIS niet dubbel wordt gecorrigeerd, zie ook analyse volledigheid Vektis eerder in dit document).

Tabel B.1 Vektis versus ZiNL schadelast 2009-2013

OPEN_JAAR	SCHADE_VEK	SCHADE_ZiNL	OPH_ZiNL
2009	4.001.325.436	4.100.000.000	102,5%
2010	4.019.296.770	4.047.000.000	100,7%
2011	4.083.550.104	4.083.000.000	100,0%
2012	3.553.473.275	3.526.000.000	99,2%
2013	3.950.866.971	3.977.000.000	100,7%

Bron: Vektis, Zorginstuut Nederland.

Tabel B.2 DIS versus Vektis, beiden in maximumtarieven + ophoogfactoren 2009-2013

OPEN_JAAR	MAX_OMZ_DIS (opgehoogd naar Vektis en ZiNL)	MAX_OMZ_VEK (opgehoogd naar ZiNL)
2009	3.679	3.682
2010	3.799	3.810
2011	3.986	4.012
2012	3.646	3.686
2013	4.105	4.125

Bron: DIS, Vektis, Zorginstuut Nederland.

Voor de diagnosecode 1.2.1 (leesstoornis/dyslexiezorg) is DIS niet opgehoogd, omdat deze diagnosegroep specifiek in beeld wordt gebracht in de marktscan en niet goed tussen DIS en Vektis kan worden vergeleken omdat deze diagnose tot 2014 niet goed in de productstructuur zichtbaar was. Door niet op te hogen is dus een conservatieve strategie gevolgd. Hierdoor komt de totale omzet in de opgehoogde DIS-data iets lager uit dan bij de opgehoogde Vektis-data.

N.B. : In eerdere marktscans (‘Marktscan ggz 2009-2013’ en ‘Marktscan ggz 2014 deel A’) zijn Vektis declaratierecords met bedrag 0 beschouwd als geleverd volume dat niet was vergoed. Dit betrof voor de jaren 2009-2011 circa 100 miljoen per jaar aan volume in maximumtarieven, circa 2-3% van het totaal, vrijwel volledig bij gebudgetteerde instellingen. In de nieuwe Vektis-gegevens komen records met bedrag 0 vrijwel niet meer voor. Hierdoor valt de financiële waarde in maximumtarieven nu circa 100 miljoen lager uit voor die eerdere jaren.

– MediQuest

MediQuest heeft wachttijdgegevens verzameld van de websites van aanbieders. Voor details zie de methoden bij Hoofdstuk 7.

Methoden per hoofdstuk per analyse

Methoden

– Hoofdstuk 1. Ontwikkelingen in de ggz

Percentage stoornissen bij de poh

Bron: NIVEL *'Consulten bij de huisarts en de poh-ggz in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistratie-gegevens van 2010-2014. Tessa Magnée, Derek de Beurs en Peter Verhaak'*

De gepresenteerde gegevens zijn afkomstig uit de computers van huisartsen die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties. Met ruim 400 deelnemende huisartsenpraktijken heeft de NIVEL-surveillance momenteel een dekkingsgraad van ruim 5% van de bevolking. De gegevens die hier gepresenteerd worden zijn afkomstig van 161 tot 338 praktijken, afhankelijk van het jaartal.

Methode: in het rapport van het NIVEL is voor een deelverzameling van alle huisartsenpraktijken in Nederland de verdeling van het aantal consulten bij de poh weergegeven, uitgesplitst in vier groepen: psychische symptomen, psychische diagnoses, sociale problemen en diagnose onbekend. In 2014 waren er per 1000 ingeschreven patiënten in totaal 48 consulten in het kader van psychische diagnoses (ICPC-codes), op een totaal van 122 consulten per 1000 ingeschreven patiënten. Dit gaat procentueel om 39,3%.

– Hoofdstuk 2. Patiënten en zorgaanbieders

Aantal volwassen patiënten poh-ggz 2010-2014

Bron: NIVEL *'Consulten bij de huisarts en de poh-ggz in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistraties-gegevens van 2010-2014. Tessa Magnée, Derek de Beurs en Peter Verhaak'*. Zie toelichting bij analyse hierboven voor de omvang van de steekproef.

Methode: in het rapport van het NIVEL is voor een deelverzameling van alle huisartsenpraktijken in Nederland het aantal unieke patiënten dat tenminste één poh-consult heeft per 1000 ingeschreven patiënten vermeld, voor de jaren 2010-2014. Van het CBS-Statline zijn aantallen inwoners van 18 jaar en ouder gebruikt om de NIVEL-cijfers op te schalen naar landelijk niveau. De aanname hierbij is dat alle inwoners in Nederland van 18 jaar en ouder zijn ingeschreven bij een huisarts.

Aantal patiënten basis-ggz 2014

Bron: Vektis en Kwartaalstaten Zorginstituut Nederland.

Methode: van Vektis zijn begin 2016 cijfers gekregen over de totale door Vektis ontvangen schadelast basis-ggz 2014, inclusief het aantal patiënten. Dit betrof 188 miljoen euro schade voor 253.499 patiënten. Uit de vierde kwartaalstaat 2015 blijkt dat er voor 2014 in totaal 229 miljoen euro schadelast voor de basis-ggz wordt verwacht. Als we aannemen dat de ontbrekende schadelast schade van nieuwe patiënten betreft, en dat deze schade dezelfde productmix heeft, komen we uit op 309.000 verwachte patiënten voor 2014. Omdat het een schatting betreft rapporteren we circa 310.000 patiënten.

Aantal patiënten gespecialiseerde ggz 2014

Bron: diversen.

Methode: een inschatting bij de invoering van de basis-ggz was dat circa 25% van patiënten in de gespecialiseerde ggz in aanmerking kwamen

voor substitutie naar de basis-ggz (substitutiemodel KPMG). Op basis van de vierde kwartaalstaat 2015 wordt er voor 2014 circa 3,50 miljard euro schadelast verwacht voor de gespecialiseerde ggz. We tellen hierbij 346 miljoen op voor het eerder sluiten (op 31 december 2014) van de dbc's van de jeugd-ggz. Op basis van dezelfde kwartaalstaat komt in 2013 de tweedelijns-ggz uit op 3,95 miljard euro. Het verschil is circa 100 miljoen euro. Uit de KPMG-monitor basis-ggz volgt dat de gemiddelde kosten per patiënt in de basis-ggz in het eerste en tweede kwartaal van 2014 op 833 euro liggen. Als we aannemen dat dit landelijk geldt voor patiënten die vanuit de gespecialiseerde ggz substitueren naar de basis-ggz, én aannemen dat dit de enige oorzaak is van de verandering in schadelast gespecialiseerde ggz 2013-2014 dan komen we uit op 120.000 patiënten die behandeld worden in de basis-ggz in plaats van de gespecialiseerde ggz; een daling van 14% gegeven de 850.000 patiënten tweedelijns-ggz in 2013.

De patiëntenaantallen uit de KPMG-monitor leiden tot een schatting van een daling van 23%: door de totale behandelkosten te delen door de behandelkosten per patiënt (bladzijde 19 en 26) vinden we patiëntenaantallen die aansluiten bij de jaardefinitie zoals in deze scan wordt gehanteerd, uitgaande van het openingsjaar van het zorgproduct. We vergelijken de eerste twee kwartalen van 2013 met de eerste twee kwartalen van 2014 om problemen met onvolledige data en eventuele seizoenseffecten te omzeilen. Hieruit volgt dat het aantal patiënten bij de gespecialiseerde ggz van 22.371 naar 17.114 gaat. Dit is een daling van 23%.

De schatting op basis van de verwachte schadelast (daling van 14%) is erg gevoelig voor onzekerheden in de gehanteerde bedragen. De schatting uit de KPMG monitor (23%) is gebaseerd op een beperkt aantal instellingen, maar voor deze instellingen zijn het gerealiseerde cijfers. Ook informatie uit opgevraagde contracten 2014 (Marktscan ggz 2014 deel B) wijzen op percentages rond de 20%. Uiteindelijk kiezen we voor "ongeveer 20%" als beste ruwe schatting voor de daling 2013-2014. Uitgaande van 850.000 in 2013 volgt dat er in 2014 circa 680.000 patiënten waren in de gespecialiseerde ggz.

Ontwikkeling patiënten tweedelijns-ggz naar basis-ggz + gespecialiseerde ggz 2013-2014
Bron: KPMG, monitor basis-ggz.
Methode: in de eerste helft van 2013 waren er bij de deelnemende instellingen van de KPMG-monitor basis-ggz in totaal 22.371 patiënten waarvoor een dbc is geopend in de tweedelijns-ggz. In de eerste helft van 2014 waren er bij diezelfde instellingen (na het samennemen van de basis-ggz met 3.692 en de gespecialiseerde ggz met 17.114 patiënten) in totaal 20.806 patiënten waarvoor een basis-ggz-product of dbc is geopend. Dit is 7% minder dan over dezelfde periode in 2013.

Het aantal patiënten met een geopende dbc is afgeleid door de totale kosten per periode te delen door de kosten per patiënt. We vergelijken de eerste helft van 2014 met dezelfde periode het jaar ervoor vanwege nog onvolledige gegevens voor de tweede helft van 2014. De 2.028 patiënten met eerstelijns-ggz in de eerste helft van 2013 zijn niet meegeteld, wat leidt tot een onderschatting van de daling 'voormalig tweedelijns-patiënten' bij de aan KPMG deelnemende instellingen.

Aantal patiënten curatieve ggz ELP en tweedelijns-ggz 2009-2013
Bron: Vektis.
Methode: in de Vektis-data met declaratiegegevens per verzekerde is het aantal unieke verzekerden geteld per leeftijdsklasse en jaar. Dit is

gedaan voor zowel de ELIS ELP als de QG-data (dbc's ggz) voor de jaren 2009-2013. Voor het jaar 2012 zijn de patiëntenaantallen voor de tweedelijns-ggz opgehoogd, omdat voor één zorgverzekeraar een groot aandeel declaraties ontbrak in de data. Voor de ophoging is het cijfer 834.557 uit Vektis BASIC gebruikt zoals vermeld in de Vektis Zorgthermometer ggz (september 2015). De tweedelijns-patiëntenaantallen 2012 in de drie leeftijdscategorieën, zoals in de Vektisgegevens aanwezig, zijn allen met 6,5% opgehoogd om aan te sluiten bij het totaal aantal patiënten zoals bekend uit Vektis BASIC.

De patiëntentotalen over de segmenten (poh, eerste lijn en tweede lijn) mogen niet opgeteld worden, omdat patiënten zorg in meerdere segmenten kunnen krijgen. Voor de eerste en tweede lijn is het wel mogelijk het aantal unieke patiënten te tellen, omdat deze bronnen gekoppeld zijn. Het totaal eerste en tweede lijn voor 2012 is als volgt bepaald: de patiëntentotalen van de eerste en tweede lijn zijn opgeteld (waarbij voor de tweede lijn het totaal uit Vektis BASIC is genomen) en vervolgens gecorrigeerd voor dubbeltelling: 4% van de patiënten zit zowel in de eerste als de tweede lijn in 2013.

Aantal indicaties AWBZ ggz t/m 2014
Bron: CIZ.
Methode: indicaties voor de AWBZ werden zowel door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) als door de Bureaus Jeugdzorg (BJZ's) afgegeven. Alleen van het CIZ zijn gegevens bekend. Niet iedereen met een geldige indicatie ontvangt ook zorg. De aantallen indicaties in deze marktscan zijn gebaseerd op één peildatum en geven alleen de geldige indicaties weer voor intramurale AWBZ van patiënten boven de 18 jaar.

Verzilvering indicaties AWBZ ggz t/m 2014
Bron: CBS, monitor langdurige zorg, indicaties en gebruik AWBZ 2009-2014, peildatum de tweede vrijdag van november in elk jaar.
Methode: op Statline is een selectie gemaakt uit de tabel 'Personen met indicatie zorg met verblijf; zzp en gebruik'. Deze tabel bevat, naast indicaties van het CIZ, alleen gegevens over gebruik van zorg in natura, geen pgb. Het percentage is berekend door per indicatiesoort per jaar (zzp-b of zzp-c) het cijfer 'Totaal gebruik ZMV-AWBZ' te delen door 'Totaal indicatie ZMV-AWBZ'. Voor zzp-b varieerde dit percentage tussen de 88 en 90%. De peildatum van het CBS (november) ligt vrij dicht op de peildatum van de CIZ-indicaties in de marktscan (1 januari 2010 t/m 1 januari 2015).

Voor zzp-c is het percentage 65% in de periode 2009-2011 en dit daalt daarna naar 55% in 2014. Hieruit volgt dat de groei in indicaties bij beschermd wonen groter was dan de groei in gebruik. Ook wanneer 'zorg in natura zonder verblijf (ZZV-AWBZ)' wordt meegenomen daalt het verzilveringspercentage: van 73% in 2011 naar 65% in 2014. Uit het HHM-rapport 'Inventarisatie beschermd wonen GGZ: centrumgemeente Zwolle' uit 2014 blijkt dat circa 20% van alle geïndiceerde zzp-c-cliënten een pgb heeft. Als dit landelijk ook zo is, dan zou in 2014 de totale verzilvering van zzp-c op 85% liggen, vrij dicht in de buurt van zzp-b.

Aantal en soort aanbieders curatieve ggz
Bron: Vektis, NZa en CBS.

Methode eerstelijnspsychologen: voor deze zorgsoort is het aantal unieke behandelaarscodes geteld in de ELP-declaratiegegevens van Vektis. Het gaat om het aantal unieke codes in het veld 'AGB-code behandelaar' waarbij het toegekende bedrag groter dan 0 is. Dit moet geïnterpreteerd worden als het aantal unieke zorgverleners waarvoor een declaratie is

ingediend (hetzij door de patiënt, hetzij door een zorgverlener, hetzij door een instelling) en vergoed.

Methode tweedelijns-ggz: van het CBS is een indeling naar ABR-groepen ontvangen waar alle NZa-rekenstaatnummers en AGB-codes van Vektis (uitgezonderd de vrijgevestigden) zijn gekoppeld aan een ABR-groep (~ ondernemingengroep). Per ABR-groep is de dbc-schadelast én de ggz-AWBZ-declaratieomzet (beide Vektis) 2012 en 2013 gekoppeld.

Op basis van een lijst met gebudgetteerde rekenstaatnummers is het aantal ABR-groepen met Zvw-budget geteld. ABR-groepen met budget zijn geteld als gebudgetteerde ggz-instelling (Alleen 2012). Hieronder vallen instellingen voor jeugd-ggz, verslavingszorg en ziekenhuispsychiatrie (PAAZ en PUK).

ABR-groepen zonder budget zijn geteld als niet-gebudgetteerde ggz-instelling. Dit is exclusief dyslexie-aanbieders.

Als een ABR-groep alleen AWBZ-ggz-omzet heeft wordt de instelling als ‘instelling voor langdurige ggz’ meegeteld. Het kan echter ook gaan om een verpleeghuis of instelling voor gehandicaptenzorg die ook enige langdurige ggz levert.

Voor de omzetklasse-analyse is per ABR-groep de totale ggz-omzet (dbc- en AWBZ-ggz-omzet samen) berekend en is de ABR groep (‘concern’) aan een omzetklasse toegewezen.

Percentage vrijgevestigden die basis-ggz en gespecialiseerde ggz leveren
Bron: enquête werken in de vrijgevestigde ggz (NIP, september 2015).
Methode: de enquête was uitgezet onder 3000 vrijgevestigde zorgaanbieders. Voor de vragenlijst die betrekking had op het volwassenendomein (Zvw) leverde dit 383 respondenten op. Hiervan gaven 321 respondenten aan actief te zijn in de basis-ggz (84%). 132 respondenten gaven aan actief te zijn in de gespecialiseerde ggz (34%). De percentages tellen niet op tot 100%, onder andere omdat er ook respondenten zijn die in beide segmenten actief zijn.

− Hoofdstuk 3. Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz
Hoofdstuk 3 in de scan bevat een samenvatting van de resultaten uit Hoofdstuk 4 en 5. De analyses staan bij deze hoofdstukken toegelicht.

− Hoofdstuk 4. Uitgaven en prijsontwikkeling curatieve ggz
Tabel uitgaven curatieve ggz 2009-2015
De tabel bevat cijfers afkomstig van Vektis, Vektis Zorgprisma, Zorginstituut Nederland en de Rijksbegroting van VWS. Voor de schadelast zijn diverse jaar- en kwartaalstaten van Zorginstituut Nederland gebruikt. Voor de schadelast van 2014 en 2015 is de kwartaalstaat van het vierde kwartaal 2015 gebruikt. Niet alle kosten voor geneesmiddelen (zoals antidepressiva en antipsychotica) zijn meegenomen, omdat deze niet zuiver aan de ggz toegeschreven kunnen worden.

In de scan wordt de tabel voor de jaren 2011-2015 gepresenteerd. In bijlage 4 wordt een langere reeks weergegeven.

De volgende punten bij de tabel ‘uitgaven curatieve ggz 2009-2015’ worden toegelicht:
− budgetten voor de periode 2009-2012
− schadelast niet-gebudgetteerde aanbieders 2009-2012
− schadelast 2014 en de overheveling jeugd-ggz naar de Wmo

- eigen bijdragen en eigen risico
- ‘overige regelingen’

- Omzetontwikkeling 2009 t/m 2012 versus 2013 t/m 2015

Methode: de omzetten voor de gebudgetteerde aanbieders zijn voor de jaren 2009-2012 gebaseerd op nagecalculeerde NZa-budgetten. Deze budgetten hadden betrekking op de zorg geleverd in een kalenderjaar (boekjaar). Met ingang van 2013 wordt voor de uitgaven een schadelastjaar gehanteerd. Dit betreft de schade (kosten) die hoort bij alle dbc’s die zijn geopend in het betreffende schadelastjaar. Zie ook bijlage 3 voor extra informatie over deze overgang van boekjaar naar schadelastjaar.

- Berekening bedrag schadelast niet-gebudgetteerde aanbieders 2009-2012

Aan de hand van de Vektislijst met AGB-codes van gebudgetteerde zorgaanbieders kunnen declaraties van niet-gebudgetteerde aanbieders apart genomen worden. Hiervoor is voor de jaren 2009-2011 het veld ‘AGB-code behandelaar’ gebruikt. Vervolgens zijn de declaratiebedragen gesommeerd en opgehoogd naar de door ZiNL verwachte schadelast. Voor 2012 is de structuur van het declaratiebestand veranderd. De records bevatten op prestatieniveau alleen de AGB-code van de indiener, op deelprestatieniveau is er per deelprestatie een AGB-code van de behandelaar beschikbaar. Per prestatie is gekeken naar de bijbehorende deelprestaties en is de meest voorkomende AGB-code behandelaar geselecteerd als AGB-code behandelaar voor de prestatie. Als er geen AGB-code behandelaar beschikbaar is wordt de AGB-code indiener gebruikt. Vervolgens is met deze AGB-codes bepaald welke schadelast gebudgetteerd is (AGB-code komt voor op de lijst). De overige schadelast is daarmee niet-gebudgetteerd. De Vektis-gegevensverzameling bevat ook gedeclareerde zorg met een onbekende of ongeldige AGB-code; deze omzet is meegenomen bij de niet-gebudgetteerde instellingen.

- Schatting effect voortijdig afsluiten jeugd-ggz dbc’s 2014

Het gedeelte van de in 2014 gestarte dbc’s waarvan de zorg in 2015 wordt geleverd komt ten laste van de Jeugdwet en niet meer ten laste van de Zorgverzekeringswet. Om schadelastjaar 2013 met schadelastjaar 2014 te kunnen vergelijken moet dit deel van de zorg nog wél bij 2014 meegerekend worden. Het ministerie van VWS schat het financiële effect (de vermindering in verwachte schadelast vanwege het voortijdig afsluiten op 31 december 2014) in op 346 miljoen euro. Deze inschatting is gebaseerd op analyses van Vektis en DBC-Onderhoud, uitgevoerd medio 2014. In de scan wordt met deze schatting gewerkt.

- Eigen bijdragen en eigen risico

De budgetten zijn de bedragen die aan zorgaanbieders zijn betaald. De schadelastbedragen zijn de bedragen die zijn uitgekeerd/vergoed door zorgverzekeraars. Deze bedragen zijn inclusief het wettelijk verplicht eigen risico, maar exclusief eigen bijdragen. Dit leidt tot een onderschatting van de totale ggz-uitgaven van 15 miljoen euro per jaar voor de jaren 2009-2013, met als uitzondering 2012. De eigen bijdrage in de tweede lijn van 2012 is niet opgenomen in de omzet van niet-gebudgetteerde aanbieders. Dit leidt tot een aanvullende onderschatting van de uitgaven van 1/8 * 100 miljoen (zie Marktscan ggz 2014 deel A) = 12,5 miljoen euro. In 2014 zijn alle eigen bijdragen in de ggz afgeschaft en geldt alleen nog het verplichte eigen risico.

- ’overige regelingen’

Dit is een verzamelpost van ‘Beschikbaarheidsbijdrage curatieve zorgfuncties ggz’ (5 miljoen euro voor zowel 2013 als 2014), ‘Bestuurlijk

akkoord kwaliteitsgelden' (2013: 5 miljoen euro) en Overgangsregeling kapitaalslasten NHC (2013: -3,3 miljoen euro, op basis van beschikkingen overgangsregeling kapitaallasten NHC 2013, geen bezwaarzaken verwerkt, 2014: +7,2 miljoen euro, schatting op basis van de aanvragen voor de overgangsregeling kapitaallasten NHC 2014).

Gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg
Bron: Zorginstituut Nederland, NZa-uitvragen 2011-2014.
Gegevens over de schadelastverdeling naar contractvorm werden voor de jaren 2011-2014 door de NZa uitgevraagd bij zorgverzekeraars. In overleg met VWS en de NZa is afgesproken dat het Zorginstituut per 2015 de uitvraag van de verwachte schadelast naar soorten contracten opneemt in de kwartaalstaten. De percentages die worden getoond voor de jaren tot en met 2014 zijn afkomstig uit eerdere scans, het percentage voor 2015 afkomstig uit de tweede kwartaalstaat 2015. Zie voor meer informatie inclusief definities de publicatie 'handboek zorgverzekeraars informatie zorgverzekeringswet 2015' van ZiNL. Het gaat het hier om een verwachting van verzekeraars, omdat deze gegevens worden opgevraagd op een moment dat de schadelast nog niet definitief is (bijvoorbeeld het bedrag voor 2015 is medio 2015 uitgevraagd, tweede kwartaalstaat ZiNL).

Schatting eigen bijdragen ggz
Deze bedragen zijn overgenomen uit de Marktscan ggz 2014 deel A. Zie voor een toelichting op deze bedragen de bronnen en methoden bij die marktscan.

Uitgaven ggz-gerelateerde geneesmiddelen
Bron: ZiNL, GIP databank.
De geneesmiddelen zijn gerubriceerd binnen het Anatomisch Therapeutisch Chemisch (ATC-) classificatiesysteem. Er zijn tenminste zeven verschillende ATC-groepen die toegepast kunnen worden bij psychische aandoeningen (psychofarmaca). Dit betreft (met tussen haakjes een raming van de uitgaven 2014 door ZiNL):
- Middelen bij ADHD (N06B, 27 miljoen)
- Antidepressiva (N06A, 100 miljoen)
- Antipsychotica (N05A, 84 miljoen, ook ouderenzorg)
- Anxiolytica (kalmeringsmiddelen, onder andere voorgeschreven bij angststoornissen) (N05B, 20 miljoen)
- Dementiemiddelen (N06D)
- Anti-epileptica (N03A, worden soms voor angststoornissen toegepast)
- Middelen bij Alcoholverslaving (N07B)

Dbc-uitgaven 2013 naar productgroep
Bron: Vektis, declaraties.
Methode: per dbc-productgroep is de som van alle vergoede bedragen voor dbc's geopend in 2013 in de Vektis declaratiegegevens berekend. De groep 'Niet bekend/overig' bestaat uit dbc-schadelast waarvoor de dbc-productgroep niet bekend is en de groepen 'indirecte tijd' en 'geen behandeling bij 24-uurs verblijf' waar relatief kleine bedragen mee gemoeid zijn. Er is niet opgehoogd tegen de verwachte schadelast conform Zorginstituut-kwartaalstaten.

Analyse financiële dbc-waarde 2012 - 2013
Methode: de ontwikkeling 2012 - 2013 in de financiële waarde bij gelijkblijvende prijzen ('volume-ontwikkeling') analyseren we door het dbc-volume 2012 en 2013 in de bijhorende maximum-tarieven uit te drukken en te corrigeren voor tariefeffecten en veranderingen in de productstructuur.

Per 2013 zijn er een aantal veranderingen in de dbc productstructuur en tarieven:

1. Introductie beschikbaarheidscomponent Crisis;
2. Introductie deelprestaties voor Methadon en ECT;
3. 'verblijf zonder overnachting' is een deelprestatie geworden, waar deze voorheen als extra tijd aan een dbc werden toegevoegd;
4. Er zijn enkele dbc-tijdsklassen verdwenen.

Tariefeffecten:

5. De tariefmaatregel voor dbc's langer dan 18.000 minuten is teruggedraaid;
6. De tarieven zijn met 2% geïndexeerd;
7. Bij de deelprestaties verblijf zijn specifieke vergoedingen voor kapitaallasten gekomen (de NHC's), waar de kapitaallasten voorheen via een generieke opslag in de deelprestatie verblijf zaten.

Deze veranderingen betrekken we als volgt in de analyse:

1. Voor de beschikbaarheidscomponent crisis nemen we aan dat deze in 2012 wel door het budget gedekt was, maar niet door dbc's. Om 2012 met 2013 te vergelijken moeten we deze component dus weglaten.
2. Voor ECT en methadon gaat het in 2013 om circa 5 mln euro. Dit is verwaarloosbaar op het totaal (> 4 miljard euro).
3. Voor verblijf zonder overnachting (VZO) nemen we aan dat deze wijziging budgetneutraal is uitgevoerd. Waar de extra minuten door VZO in 2012 tot hogere tariefklassen leiden, leidt VZO in 2013 tot de deelprestatie VZO. Dit betekent dat we er niet voor corrigeren, maar in 2013 de deelprestaties VZO meetellen.
4. Het effect van het afschaffen van een aantal productgroepcodes indirecte tijd en diagnostiek voor volwassenen schatten we in op minder dan 0,5% en verwaarlozen we.

Tariefeffecten:

5. Bij de analyse 'tariefontwikkeling dbc's' is het gewogen gemiddelde tariefeffect 2012-2013 voor behandeling berekend op 4,2%. Het gewogen gemiddelde tariefeffect voor verblijf is op 0,2% berekend. In 2012 was er ongeveer voor 1,0 mld verblijfs-omzet, en voor 2,7 mld aan behandelingsomzet. Het totale gewogen gemiddelde tariefeffect wordt hiermee circa 3,0%.
6. Voor het verwerken van de NHC in de deelprestaties verblijf in 2013 hebben we vastgesteld dat deze vrijwel budgetneutraal (+0,2% volume-gewogen tariefstijging) is uitgevoerd. Dit betekent dat we er niet voor corrigeren.

De deelprestaties verblijf en VZO worden dus wel meegenomen bij de vergelijking dbc's 2012 en 2013, maar de deelprestatie 'beschikbaarheidscomponent crisisdienst' wordt niet meegenomen.

Uit tabel B.2 blijkt dat de totale dbc-waarde in maximumtarieven met 12% steeg. Hiervan wordt 1,5% veroorzaakt door onvolledigheid van Vektis. Dit deel kunnen we niet nader analyseren. In de Vektis-data is de stijging 10%. Hierbij is de beschikbaarheidscomponent crisisdienst niet meegeteld, zoals hierboven is toegelicht. Na correctie voor het berekende tariefeffect van 3% resteert er een volumestijging van 7%. We weten dat er 2 - 3% meer patiënten zijn in 2013. Het resterende deel van de volumestijging moet dus veroorzaakt worden door meer en/of duurdere dbc's per patiënt in 2013. Dit zou dan 4 - 5% van de toename in dbc-waarde verklaren.

Analyse gedragseffecten invoering en afschaffing eigen bijdrage ggz 2012
Bron: DIS en Vektis.
Methode: in beide bronnen is het aantal dbc's met zorgtype 101 (initiële dbc) geteld, per openingsmaand-jaar-combinatie, uitgesplitst naar leeftijdsklasse 18- en 18+. Voor de jaren 2010-2013 zijn voor de maanden januari en december de aantallen nieuw gestarte dbc-behandelingen geplot. Analyses gebaseerd op DIS en Vektis (met één zorgverzekeraar niet meegenomen vanwege onbruikbare data 2012) geven een sterk overeenkomstig beeld. In de marktscan zijn de DIS-cijfers weergegeven.

Zorgvraagzwaarte (zvz-indicator)
Bron: DIS.
Methode: de zvz-indicator is berekend voor alle dbc's geopend in de periode 2009-2012 in DIS, conform de ICT-beschrijving bij de RG14a concept release van juli 2013. Voor deze marktscan worden alleen de zvz-scores voor de volwassenen-ggz getoond. Alleen de volwassenen-ggz is meegenomen voor deze verdiepende analyse, omdat de jeugd-ggz inmiddels niet meer onder de Zorgverzekeringswet valt en de risicoverevening alleen voor 18+ wordt doorontwikkeld.

Let op: deze cijfers zijn niet vergelijkbaar met de zvz-score verdeling die in de Marktscan ggz 2014 deel A is opgenomen, want de zvz-cijfers in die scan hadden (per abuis) alleen betrekking op de jeugd-ggz. Nu is (bewust) alleen de volwassenen-ggz meegenomen.

Voor elk van de jaren was er voor circa 9 tot 10% van de dbc's geen zvz-indicator te berekenen. Een deel wordt verklaard doordat voor persoonlijkheidsstoornissen tot voor kort geen zvz-indicator berekend werd, omdat de relatie met behandelinzet te zwak werd geacht (NB: met ingang van 1 januari 2016 wordt ook voor persoonlijkheidsstoornissen een zvz-score afgeleid). Een ander deel wordt verklaard omdat de primaire diagnose ontbreekt. Dit komt veel voor bij diagnostiek-dbc's en crisis-dbc's. Ook als de GAF-score ontbreekt kan er geen zvz-indicator worden berekend.

Tariefsontwikkeling dbc's
Bron: Codelijsten DBC-Onderhoud, NZa-circulaires en tariefbeschikkingen.
Methode: per segment of zorgvorm wordt waar mogelijk een gewogen gemiddelde tariefontwikkeling berekend. Tabel B.3 geeft een overzicht van de tariefwijzigingen van ggz-dbc's in de periode 2009 - 2015.

Tabel B.3 Gemiddelde tariefontwikkelingen 2009 - 2015

2009-2010	2010 - 2011	2011 - 2012	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015
Uniform kortingspercentage ('Klink-korting')	Indexatie	Nieuwe tarieven o.b.v. kostenonderzoek + 'Schippers-korting' + tariefmaatregel dbc's met meer dan 18000 minuten	Indexatie + terugdraaien tariefmaatregel dbc's 18.000+, introductie van max-max tarieven (maximaal 10% op het maximum-tarief)	Nieuwe tarieven o.b.v. kostenonderzoek + introductie van variabele maximum-tarieven voor de productgroepen verslavingszorg	Indexatie, tarieven voor NHC uitgebreid met 'beveiligde setting'

- Tariefontwikkeling 2011 - 2012:
  - Door de productie 2011 (alle dbc's in DIS geopend in 2011) te koppelen aan/te vertalen naar de productstructuur 2012 kan de productie 2011 gewaardeerd worden in maximum-tarieven 2012 en zo kan een tariefeffect berekend worden (zie boven). Het effect van de wijziging van de behandeltarieven is een stijging van 0,7%. Dit type berekening is door de gewijzigde productstructuur voor verblijf niet mogelijk voor de verblijfstarieven.

Deelprestaties verblijf:
Om ook een tariefeffect voor verblijf te berekenen is de volgende aanpak gevolgd. Er is voor zowel 2011 als voor 2012 een landelijk gemiddeld tarief per verblijfsdag berekend. Dit gebeurt als volgt: het totaal aantal verblijfsdagen voor 2011 en 2012 is berekend en gecorrigeerd voor ontbrekende dbc's in DIS. Voor 2011 is het verblijf gewaardeerd in maximumtarieven voor de verblijfsklasse van de dbc en voor 2012 is het verblijf (deelprestaties A-G) gewaardeerd tegen de maximumtarieven verblijf 2012. Hier zit nog een volume-effect in. Door te corrigeren voor dit volume-effect wordt tenslotte de tariefontwikkeling 2011-2012 verblijf gevonden. Dit betreft een daling van de verblijfstarieven van circa 16%.

- Tariefsontwikkeling 2012-2013:
  - De meeste dbc's zijn enkel geïndiceerd met een generiek percentage van 2,0%. Dit geldt niet voor de dbc's van 18.000 minuten of langer. Hier is de tariefmaatregel van 2012 weer teruggedraaid. Door de dbc's met meer dan 18.000 minuten in 2012 te waarderen tegen tarieven 2013 en voor de overige dbc's de tarieven met 2,0% te verhogen, is een inschatting gemaakt van het gemiddeld gewogen tariefeffect behandeling 2012-2013. Deze berekening is gemaakt met Vektis-dbc-data 2012 met alle verzekeraars meegenomen (volume-gewogen tariefeffect). Het gaat in totaal om een gewogen gemiddelde tariefstijging van circa 4,2%.

Deelprestaties verblijf:
Voor de deelprestaties verblijf die in 2012 zijn geïntroduceerd is in 2013 de generieke kapitaallastenopslag vervangen door een NHC-component. Het uiteindelijke tarief voor de deelprestatie bestaat dan uit een zorgcomponent en een NHC-component. Dit heeft tot gevolg dat elke deelprestatie (A t/m G) een aparte procentuele tariefontwikkeling 2012-2013 kent. Binnen de deelprestaties vindt er een verschuiving plaats: hoe zwaarder de deelprestatie, hoe lager de procentuele ontwikkeling. De tarieven van A-D zijn iets gestegen, de tarieven van E-G zijn iets gedaald. We berekenen een gewogen gemiddelde tariefontwikkeling door in Vektis het volume 2012 aan deelprestaties te nemen (circa 3,5 miljoen verblijfsdagen) en deze zowel te waarderen tegen de tarieven 2012 als de tarieven 2013. Hieruit volgt dat de tarieven voor deelprestaties verblijf 2012-2013 zijn gestegen met 0,2%.

- Voorlopige tariefsontwikkeling 2013-2014 (gespecialiseerde ggz):

Voor de dbc-tariefontwikkeling verwijzen we naar de NZa-circulaire najaar 2013 (CI/13/35c). Hierin werd een gemiddelde tariefontwikkeling voor de gespecialiseerde ggz van 10,2% vermeld. Met ingang van 2014 zijn er twee hoofdgroepen (beide verslavingszorg) die een zogeheten 'variabel' maximumtarief hebben gekregen. Dit betekent dat er naast het reguliere maximumtarief (het basis-maximumtarief) een tweede, hoger maximumtarief is vastgesteld, wat extra ruimte geeft voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om voor verslavingszorg prijzen af te spreken (in een contract) die meer dan 10% boven het maximumtarief liggen, maar onder het hogere maximumtarief.

Deelprestaties verblijf:
Ook in 2014 zijn de deelprestaties verblijf niet alleen geïndexeerd, maar ook gewijzigd als gevolg van nieuw kostenonderzoek. Het Vektis-verblijfsvolume 2012 is gebruikt om een voorlopige tariefontwikkeling 2013-2014 te berekenen. Dit resulteert in een gewogen gemiddelde stijging van circa 1,5%. Dit wijkt af van het percentage van 0% uit de NZa-circulaire najaar 2013 (CI/13/35c). Het verschil kan komen doordat er met een ander volume aan deelprestaties is gerekend.

- Voorlopige tariefontwikkeling 2014-2015 (gespecialiseerde ggz):
  - Voor de dbc-tariefontwikkeling volgt uit de codelijsten voor de dbc-release 2015 dat de dbc-tarieven zijn geïndexeerd met 1,26%.

Deelprestaties verblijf:
In 2015 zijn de tarieven voor de deelprestaties verblijf als volgt aangepast. De 'zorg' component is geïndexeerd met 1,26%. De NHC component is echter aangepast. Er wordt nu onderscheid gemaakt naar de mate van beveiliging (beveiligingsniveau) tijdens het verblijf (Zie ook TB/CU-5074-02). Dit effect is niet doorgerekend; in de scan wordt alleen de indexering op de zorgcomponent vermeld.

- Tariefontwikkeling basis-ggz 2014-2015:
  - Uit de tariefbeschikkingen van 2014 en 2015 blijkt een tariefstijging van +1,8%.

Analyse prijzen ten opzichte van maximumtarieven
Bron: Vektis.
Methode: elke AGB-code is of (voormalig) gebudgetteerd, of niet-gebudgetteerd (voor details, zie de toelichting bij de analyse "tabel uitgaven curatieve ggz 2009-2015). Per type aanbieder per jaar worden alle records geselecteerd waarvoor de vergoeding groter dan 0 is en een maximumtarief beschikbaar is. Het prijsniveau wordt berekend als de som van alle vergoedingen gedeeld door de som van de bijbehorende maximumtarieven.

Voor 2012 (het jaar van de eigen bijdrage ggz) kunnen we het prijsniveau niet berekenen, omdat de eigen bijdragen al in mindering zijn gebracht op de vergoede bedragen. Er is een grove bandbreedte berekend door uit te gaan van twee extreme situaties. In de eerste situatie is er bij geen enkele dbc een eigen bijdrage in mindering gebracht op het vergoede gedrag. Het vergoede bedrag wordt vergeleken met het maximumtarief. Dit is het prijsniveau dat uit bovenstaande analyse komt. Voor de tweede situatie nemen we aan dat bij élke dbc de maximale eigen bijdrage van 200 euro is geïnd. Het vergoede bedrag wordt dan met 200 euro verhoogd. De eigen bijdragen bij verblijf worden verwaarloosd in deze analyse. Het opgehoogde bedrag wordt vergeleken met het maximumtarief. Hieruit volgt dat het percentage tussen de 85% en 93% ligt. Dit is consistent met de inschatting uit de marktscan ggz 2014 deel A dat dit percentage rond de 87% ligt.

Analyse dbc-volume 2013 per prijsklasse
Bron: Vektis, declaratiegegevens.
Methode: er wordt een prijsniveau berekend door de vergoeding van de declaraties af te zetten tegen het maximumtarief. Het gaat om dbc's geopend in 2013. Vanwege datafouten is er een tussenstap ingebouwd waarbij per verzekerde een prijsniveau wordt berekend door de som van alle dbc-bedragen te delen door de som van bijbehorende maximumtarieven. Dit lost niet alle fouten op, dit leidt soms tot prijzen lager dan 50% of hoger dan 110%. Na controle blijkt dat dit op

onvolkomenheden in de data berust, dit is in de marktscan aangegeven met een asterisk (*).

Vervolgens is elke verzekerde in een prijsklasse ingedeeld en is per prijsklasse de totale omzet in maximumtarieven berekend. Door de omzet per prijsklasse te delen door de totale omzet wordt een procentueel aandeel gevonden. Deze percentages zijn in de marktscan weergegeven, gesegmenteerd naar type aanbieder (wel of niet voormalig gebudgetteerd).

Analyse max-max-tarieven 2013 op instellingsniveau
Bron: Vektis.
Methode: om tot een betrouwbare prijsindex per instelling (AGB-code) te komen, wordt een deelverzameling van de dbc-records geselecteerd. Een dbc wordt meegenomen als het vergoede bedrag groter dan 0 is, er een maximumtarief (inclusief deelprestaties) gekoppeld kan worden, en het bedrag tussen de 20% en 110% van het totaal aan bijbehorende maximumtarieven (behandeldeel + deelprestaties verblijf, beschikbaarheidscomponent crisiszorg, vzo et cetera) ligt. Van deze deelverzameling wordt per AGB-code het totaal aan vergoedingen gedeeld door het totaal aan maximumtarieven om tot een gewogen gemiddeld prijsniveau ten opzichte van het maximumtarief te komen.

Analyse prijzen basis-ggz 2014 - 2015
Bron: Vektis, basis-ggz-declaraties 2014, vierde kwartaalstaat 2015 ZiNL.
Methode: voor 2014 is in het Vektis-basis-ggz-declaratiebestand de totale som van vergoede bedragen afgezet tegen de totale som van bijbehorende NZa-maximumtarieven. Hierbij zijn records op basis van declaratiecode (180001 - 180005) geselecteerd en alleen records met een vergoed bedrag > 0 meegenomen. Circa 11.000 records met een vergoed bedrag gelijk aan nul zijn buiten beschouwing gelaten.

Voor 2015-prijzen is informatie uit de vierde kwartaalstaat 2015 gebruikt. Onderdeel van deze kwartaalstaat is de ‘Specifieke informatie C’; deze bevat informatie voor beleid en monitoring, zie voor volledige documentatie het ‘Handboek zorgverzekeraars’ van ZiNL. Bij ‘Code 665 kosten basis-ggz’ dient het aantal ontvangen en geaccepteerde declaraties per basis-ggz product ingevuld te worden. Door de schadelast die hoort bij de ontvangen en geaccepteerde declaraties te delen door het aantal wordt een gemiddelde prijs per product berekend. Deze prijs is vervolgens afgezet tegen het NZa-maximumtarief 2015. In de gebruikte kwartaalstaat was circa 70 miljoen euro schadelast basis-ggz verwerkt; dit is 32% van de verwachte schadelast.

Analyse prijzen per uur eerstelijns ggz 2013 en basis-ggz 2014
Bron: Vektis elp en basis-ggz bestanden.
Methode: per basis-ggz product is de gemiddelde tijd berekend die is besteed door de behandelaren. Door de gemiddelde prijs te delen door het gemiddeld aantal uur besteed volgt een gemiddelde prijs per uur. Deze lag in 2014 rond de 95 euro.

Voor de eerstelijns-ggz zijn alle records geselecteerd voor een enkele zitting voor prestatie 30001 (psychologische consult). Dit is gedaan door na een exploratieve analyse alle records met meer dan 40 en minder dan 100 euro vergoed bedrag te selecteren. Dit zijn in 2013 circa 960.000 records. In deze deelverzameling is het gemiddelde bedrag na aftrek eigen bijdrage 62 euro, met een standaard deviatie van 6 euro. Hieruit volgt dat voor aftrek eigen bijdrage de vergoeding 82 euro per consult was. Als we aannemen dat het consult 45 minuten duurde, en er daarna

15 minuten verslaglegging plaats vond, is de prijs per uur voor eerstelijns-ggz in 2013 82 euro.

− Hoofdstuk 5. Gebruik en kosten langdurige ggz

Inschatting kapitaallasten Langdurige GGZ

Op basis van de NHC- en NIC-tarieven 2014 en het aantal zzp-dagen 2014 ontstaat een beeld van de kapitaallasten- en inventarisvergoeding. Dat beeld gaat uit van 100% bekostiging op basis van NHC en NIC. Voor ggz-b bedraagt de NHC-vergoeding 102 miljoen en de NIC-vergoeding 15 miljoen euro. Voor ggz-c bedraagt de NHC-vergoeding 187 miljoen euro en de NIC-vergoeding 20 miljoen euro. Het totale NHC-bedrag is daarmee 289 miljoen euro en het totale NIC-bedrag is 35 miljoen euro. Dit bedrag gebruiken we om het aandeel van de ggz-kapitaallasten in de AWBZ-budgetten te schatten en volumeontwikkelingen hierin te verwaarlozen. Daarom wordt voor de jaren 2010-2014 een bedrag van circa 300 miljoen euro gerapporteerd in de scan. In 2015 verlagen we dit bedrag met 2/3 gebaseerd op de verhouding NHC+NIC zzp-c/(NHC+NIC zzp-b) + (NHC+NIC zzp-c) in 2014, vanwege de overheveling van de zzp-c naar het gemeentelijke domein.

Tariefs- en prijsontwikkeling zzp's

Bron: rekenstaten NZa.

Methode: de totale zzp-volumes zijn per jaar per prestatie gekoppeld met maximumbeleidsregelwaarden t en t+1. Vervolgens zijn twee omzetten berekend (volume t uitgedrukt in tarief t, volume t uitgedrukt in tarief t+1) en op elkaar gedeeld. Dit geeft de procentuele ontwikkeling in de zzp-tarieven. Eenzelfde operatie is ook uitgevoerd met werkelijke prijzen voor jaar t en t+1.

Prijsvariatie zzp-pakketten 2012-2014

Bron: NZa awbz productiecijfers 2012-2014

Methode: Voor 2012-2014 is op basis van Wlz productiecijfers het (ongewogen) gemiddelde en de standaarddeviatie per zzp (type (B of C) en nr) over alle rekenstaten (~aanbieders) berekend. De coëfficiënt van variatie (cv-waarde) is berekend door de standaarddeviatie te delen door de gemiddelde prijs. Spreiding is hier gedefinieerd als het interval (gemiddelde - 2*cv-waarde, gemiddelde + 2*cv-waarde). Voor 2012 en 2013 is een vergelijkbare analyse uitgevoerd op individueel declaratieniveau (dus volume gewogen) op Vektis AWBZ declaratiegegevens, dit gaf overeenkomstige resultaten voor de cv-waardes.

− Hoofdstuk 6. Wachttijden gespecialiseerde ggz zonder verblijf

Analyse wachttijden MediQuest

Voor de meting van 2014 zie de bronnen en methoden van de Marktscan ggz 2014 deel A voor details van de gegevensverzameling en analyse. In 2015 heeft de NZa MediQuest opnieuw gevraagd om wachttijd-gegevens te verzamelen, dit keer op twee peilmomenten, medio 2015 en eind 2015. Zie ook de documentatie van MediQuest met details over de gegevensverzameling, als bijlage gepubliceerd bij deze marktscan ('Methodiek verzameling wachttijd-gegevens ambulante ggz'). Het bestand van november 2015 van MediQuest bevat 265 unieke concerns. De door MediQuest opgeleverde bestanden zijn ingelezen in R. Hier zijn vervolgens de volgende bewerkingen op uitgevoerd:

− MediQuest heeft aangegeven wanneer een concern geen ggz bleek te leveren: deze records zijn verwijderd. (-20 concerns).
− Op dit punt zijn er nog 245 unieke concerns in het bestand. Dit is de basis voor het openbare gegevensbestand.

- Alle records die betrekking hebben op basis-ggz, leesstoornis/dyslexie, forensische zorg en niet-Zvw-zorg (AWBZ/Wlz zorg, werk- en relatietherapie, maatschappelijk opvang, beschermd wonen), crisis/acuut, diagnostiek en verblijf zijn handmatig gelabeld en niet meegenomen. Deze zijn nog wel aanwezig in het openbare bestand.
- Hierbij is aangenomen dat een wachttijd betrekking heeft op gespecialiseerde ambulante ggz in de Zvw, tenzij blijkt uit nadere typering en of naam vestigingslocatie dat het niet zo is.
- Wanneer uit de nadere typering bleek dat het om verslaving gaat en het circuit volwassenen aangaf is dit omgezet naar het circuit verslaving. Bij een drietal wachttijden voor de leeftijdsgroep 18 tot 21 is het circuit van jeugd omgezet naar volwassenen.
- Wachttijden aantoonbaar ouder dan 1 juni 2015 (eerste meting), 1 oktober 2015 (tweede meting) zijn verwijderd. Wachttijden waarbij geen actualisatiedatum staat zijn aangehouden.
- Voor de meting van november 2015 geldt dat van de 245 concerns er 129 tenminste één aanmeldwachttijd en 80 tenminste één behandelwachttijd hebben.
- Om op het openbare analysebestand de NZa-resultaten te reproduceren moet worden geselecteerd op CIRCUIT2 niet leeg, Aanmeldtijd niet leeg, ACTUEEL = 1 en Basis.spec.naam is gelijk aan 'gespecialiseerd'. In het gegevensbestand is het veld 'locatie_id' leidend om een locatie te onderscheiden. Dit is een numeriek volgnummer afgeleid van het veld 'Vestigingslocatie'. Er zijn ook wachttijden voor concerns die geen locaties onderscheiden, hier is de locatie_id 'leeg'. Deze concerns worden in de analyse als afzonderlijke locaties meegenomen. Tabel B.4 en B.5 laten voor de drie wachttijdmetingen het aantal observaties (aantal concernlocaties per circuit) zien waarop het landelijk gemiddelde in de scan is gebaseerd. Bijvoorbeeld: de meting van november 2015 heeft voor 764 circuit-locatie-combinaties aanmeldwachttijden en voor 405 circuit-locatie-combinaties een behandelwachttijd.
- Voor de juli 2014 en juli 2015 gegevensbestanden is dezelfde procedure gevolgd.

Tabel B.4 Aantal observaties per circuit: aanmeldwachttijd

Circuit	Juli 2014	Juli 2015	November 2015
Jeugd	253	270	257
Volwassenen	345	351	351
Ouderen	74	78	80
Verslavingszorg	88	68	76
Totaal	**760**	**767**	**764**

Tabel B.5 Aantal observaties per circuit: behandelwachttijd

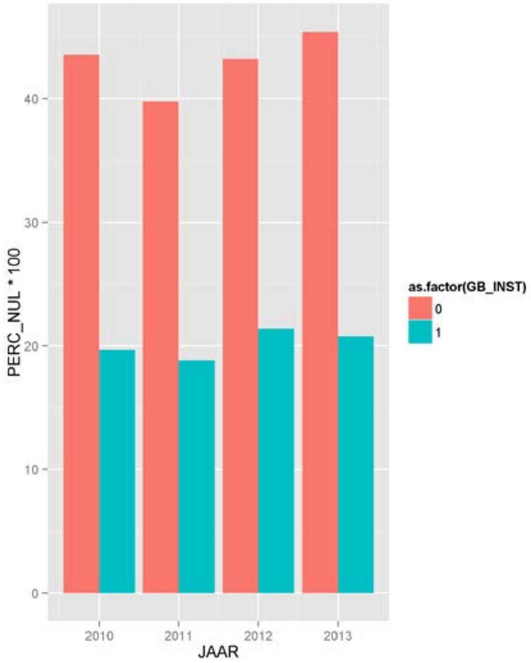
Circuit	Juli 2014	Juli 2015	November 2015
Jeugd	172	128	113
Volwassenen	167	156	166
Ouderen	58	44	52
Verslavingszorg	65	52	74
Totaal	**462**	**380**	**405**

Analyse wachttijden DIS
Bron: DIS.
Methode: de selectie is op dbc-trajecten geopend in 2010 tot en met 2013. Uitgesloten van de analyse zijn vervolg-dbc's, dbc's met verblijf, crisis-dbc's en dbc's waarvan de datum van het eerste directe contact

eerder is dan de openingsdatum van het zorgtraject. Voor 25% van alle dbc's in deze selectie is de datum van het directe contact gelijk aan de openingsdatum van het zorgtraject en voor 0,6% is dit eerder. Deze records zijn niet meegenomen omdat dit niet plausibel werd geacht.

Zoals ook uit het NZa-rapport 'Verdieping wachttijden ambulante curatieve ggz 2010 - 2012' (2015) naar voren komt verschilt dit percentage tussen (voormalig) gebudgetteerde instellingen (circa 20%) en de overige aanbieders (circa 40%). Uit figuur B.3 blijkt dat dit verschil grofweg stabiel is in de periode 2010 - 2013.

Figuur B.3 Percentage niet-bruikbare dbc-records voor DIS wachttijd-analyses (naar type aanbieder)



Voor het berekenen van de wachttijden per uniek zorgtraject, instelling en volgnummer instelling is het volgende aangenomen:
- De datum waarop de eerste afspraak wordt gemaakt (aanmelding) is de datum waarop het zorgtraject wordt geopend.
- De datum van intake is de datum waarop de eerste intake-activiteit met directe tijd geregistreerd is in DIS.
- De datum van eerste behandeling is de datum waarop de eerste behandelactiviteit met directe tijd geregistreerd is in DIS.

De aannames zijn gebaseerd op de spelregels dbc-ggz.

In tabel B.6 en tabel B.7 worden het aantal dbc's getoond die ten grondslag liggen aan de wachttijden zoals gerapporteerd in de marktscan.

Tabel B.6 Aanmeldwachttijden DIS: aantallen observaties

Circuit	2010	2011	2012	2013
Jeugd	72.562	73.559	66.798	60.697
Ouderen	26.659	23.186	16.285	18.485
Verslavingszorg	17.358	16.428	11.124	10.653
Volwassenen	188.774	192.087	129.633	135.454

Tabel B.7 Behandelwachttijden DIS: aantallen observaties

Circuit	2010	2011	2012	2013
Jeugd	54.161	55.580	51.035	44.787
Ouderen	19.789	16.976	12.326	13.315
Verslavingszorg	12.573	12.048	8.396	8.642
Volwassenen	142.035	148.796	102.902	104.491

Analyse wachttijden DIS per diagnosegroep
Het gegevensbestand zoals hiervoor is beschreven voor de wachttijden per circuit kan ook uitgesplitst worden naar diagnosegroep. Hierbij zijn de primaire diagnosecodes geclusterd tot diagnosegroepen, volgens de indeling die ook in eerdere marktscans is gepubliceerd. Er zijn voldoende observaties nodig om een betrouwbaar gemiddelde vast te stellen. Hiertoe is een filter toegepast waarbij over de periode 2010-2013 tenminste gemiddeld 100 dbc’s met wachttijd per jaar aanwezig moeten zijn. Hierdoor vallen bij de jeugd-ggz schizofrenie en andere psychotische stoornissen, cognitieve stoornissen en bipolaire stoornissen af, en bij volwassenen-ggz de leesstoornis (waaronder ook dyslexiezorg wordt gedeclareerd).

Onderzoek Motivaction ervaren wachttijd
Ten behoeve van dit onderzoek heeft Motivaction een onderzoek gehouden onder 18.800 personen van haar Stempunt-panel. 750 patiënten van 18 jaar en ouder in zowel de basis- (n=237) als gespecialiseerde ggz (n=513) hebben de vragenlijst ingevuld. Binnen de gespecialiseerde ggz is gevraagd naar zowel ambulante (n=404) als klinische (n=100) zorg. Het is uitgevoerd in de periode 11 mei tot en met 26 mei 2015. Er is gevraagd naar de wachttijd, zoals ervaren door de respondenten voor de ggz die zij ontvingen in de periode mei 2014 tot mei 2015. 10-13% van de respondenten per vraag geeft aan niet te weten hoe lang de wachttijden waren. Voor meer informatie over dit onderzoek zie het rapport ‘Onderzoek Zorgplicht: inkoop en wachttijden ggz’ (NZa 2015), bijlage 4: onderzoeksverantwoording Motivaction onderzoek.

– Hoofdstuk 7 Zorg voor mensen met een EPA

Analyse EPA-vignetten:
Bron: Vektis, dbc’s geopend in 2009 tot en met 2013 en AWBZ-declaraties uit 2012 en 2013.

Methode: in de periode 2012-2014 is een analyse ontwikkeld om mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) op basis van declaratiegegevens te identificeren en te classificeren. Deze analyse is ontwikkeld door een viertal aanbieders (Altrecht, Kwintes, Lister en Victas) begeleid door KPMG Plexus en met betrokkenheid van Zilveren Kruis. Vektis heeft de analyses vervolgens gebouwd. In deze marktscan heeft de NZa deze methode overgenomen. Hierbij heeft Vektis kennis geleverd.

Zie voor meer informatie: Vektis/KPMG 2012: ‘Onderzoek naar de meerwaarde van de inzet van Functie Assertive Community Treatment (FACT)’, en ZN/Vektis 2014: ‘Rapportage EPA vignettenstudie’.

Definitie EPA-patiënt
EPA-patiënten worden geïdentificeerd aan de hand van zorggebruik. We definiëren de EPA-groep in jaar t als volgt:

- De verzekerde heeft een ggz-dbc ‘Schizofrenie en andere psychotische stoornissen’ met openingsdatum tussen 1 januari t-2 en 31 december t
  en/of
- de verzekerde heeft voor elk van de jaren t-2, t-1 en t een dbc met openingsdatum in dat jaar (exclusief: korte dbc’s, diagnostiek, indirecte tijd en dbc’s Alcohol en Andere verslavingen)
  en/of
- de verzekerde heeft een declaratie voor zzp-c (alle niveaus) of een zzp-b4 of hoger in jaar t.

Voor de EPA-patiënten in 2013 is dus gekeken naar AWBZ-declaraties 2013, en Zvw-dbc-declaraties 2011 - 2013.

Er wordt alleen gekeken naar verzekerden die op de begindatum van een dbc of zzp minstens 18 jaar en maximaal 64 jaar zijn. Dit is gedaan om niet af te wijken van de Vektisstudie.

Onderstaande selectiecriteria zijn gebruikt om EPA-patiënten aan de vignetten toe te wijzen.

Tabel B.4 Selectiecriteria vignetten

Vignet	Korte omschrijving	Prioriteit	Selectiecriterium
0	Bemoeizorg	2	Cliënt heeft een dbc met zorgtype ‘bemoeizorg’. De eerste 3 posities van de prestatiecode zijn 109 of 205.
1	Ambulante dbc licht	9	Dbc tot 800 minuten, zonder enige vorm van AWBZ-ggz.
2	Ambulante AWBZ licht	6	Meer dan 0, en minder dam 4 uur gemiddelde ambulante AWBZ-zorg per week, eventueel in combinatie met maximaal 800 minuten behandeling vanuit de Zvw
3	Ambulant matig	7	Ambulante AWBZ-zorg (meer dan 0, minder dan 4 uur per week) + dbc boven 800 - 1.800 minuten behandelduur of ambulante AWBZ-zorg (4 - 7 uur per week) + dbc tot 1.800 zonder ondergrens behandelduur óf dbc met 800 - 1.800 minuten behandelduur.
4	Ambulant zwaar	8	Ambulante AWBZ-zorg (minimaal 7 uur per week) en/of dbc met minimaal 1.800 minuten behandelduur.
5	Dbc klinisch	1	Cliënt heeft een dbc met verblijf.
6	Zzp-c licht	5	Cliënt heeft een AWBZ-declaratie voor een zzp-ggz c2, c3 of c4 en maximaal 800 minuten ggz-behandeling in de Zvw.

7	Zzp-c zwaar	4	Cliënt heeft een AWBZ-declaratie voor een zzp-ggz c5 of c6 of cliënt heeft een AWBZ-declaratie voor een zzp-ggz c2, c3 of c4 én minstens 800 minuten GGZ-behandeling in de Zvw.
8	Zzp-b	3	Cliënt heeft een AWBZ-declaratie voor een zzp-ggz b4 of hoger.

De kolom prioriteit geeft aan welk kenmerk de doorslag geeft bij het toekennen van het vignet. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt zowel een zzp-c licht heeft én een dbc klinisch, wordt het vignet 'dbc klinisch' toegewezen (want hogere prioriteit).

Naast de vignetten in deze tabel is het ook mogelijk dat iemand met een EPA-label in een bepaald jaar géén Zvw- of AWBZ-zorg gebruikt. Deze patiënten krijgen geen vignet maar worden apart weergegeven.

Verschillen tussen NZa-implementatie en Vektis-vignettenanalyse 2014
Vektis heeft kennis geleverd bij het implementeren van de EPA-patiëntclassificatie. We hebben geprobeerd zo exact mogelijk de EPA- en vignetten-analyse te reproduceren. Er zijn desondanks een drietal verschillen:

- De NZa had geen beschikking over AWBZ-declaraties buiten de ggz (hier vallen prestaties als (groeps-)begeleiding onder die niet specifiek zijn voor de ggz). Hierdoor is het totaal aan AWBZ-kosten in de vignet-analyse in de marktscan lager dan de Excel-overzichten van Vektis. Ambulante AWBZ-zorg is (uitgaande van de beschikbare AWBZ-ggz-declaratiegegevens) geoperationaliseerd als ambulante gespecialiseerde begeleiding (psy) (H153) en dagbesteding LZA (F125). Beide prestaties zijn op patiëntniveau omgerekend naar een jaargemiddelde aantal uren per week. Enige vorm van AWBZ-zorg (bij vignet 1) is geoperationaliseerd als tenminste één AWBZ-ggz-declaratie in jaar t.

- Oorspronkelijk werden ook AWBZ-indicaties gebruikt voor EPA-bepaling. Het ging om CIZ-indicaties voor zzp-ggz b of c. Omdat deze gegevens niet direct beschikbaar waren bij Vektis zijn AWBZ-declaraties gebruikt. Vektis heeft aangegeven zelf inmiddels ook declaraties in plaats van indicaties te gebruiken.

- Jaren die we gebruiken voor de doelgroep bepaling. We gebruiken AWBZ jaar t en Zvw jaar t-2, t-1 en t voor de EPA-labeling en kijken vervolgens naar vignetten in jaar t. Hiermee wijken we iets af van Vektis. Dit was om vignetten 2012 en vignetten 2013 met elkaar te kunnen vergelijken, gegeven de ons beschikbare data (2012 en 2013 AWBZ, 2009-2013 ZVW). Uiteindelijk bleek deze vergelijking om diverse redenen niet zinvol.

Het gevolg van dit alles is dat het aantal EPA-patiënten per vignet met name bij vignet 2 afwijkt van de cijfers zoals gepresenteerd in de Vektis Zorgthermometer GGZ 2015.

Het percentage EPA-uitgaven ten opzichte van het totaal is gebaseerd op de Zvw- en AWBZ-schade in de declaratiebestanden van Vektis. Het totaal aan Zvw-schade in 2013 was 3951 miljoen. Het totaal aan AWBZ schade 2013 was 1945 miljoen euro. Het totaal aan EPA-uitgaven in 2013 is 2603 miljoen. Dit is 44% van de som van Zvw- en AWBZ-

schadelast in 2013. De ggz-AWBZ-schade op basis van declaraties is niet gelijk aan de AWBZ-budgetten (die sector overstijgend zijn). Het gaat hier om een benadering van de werkelijke uitgaven.

Analyse aantal plaatsen
Bron: NZa, Vektis, Trimbos-instituut.

Methode: alle cijfers in de tabel “aantal bedden verblijfszorg” in de marktscan zijn gebaseerd op productiecijfers van aantallen verblijfsdagen en vertaalt naar plaatsen/bedden door te delen door 365. De impliciete aanname is daarmee 100% bezettingsgraad.

Bronkeuze: voor Zvw-verblijf zijn uiteindelijk de cijfers uit de Trimbos-enquête als leidend genomen. Voor het ‘voortgezet verblijf (zzp-b) ‘ en voor het beschermd wonen is gekozen voor de NZa-cijfers afkomstig uit de budgetten. Zie bijlage 7 ‘Analyse bronnen ggz-bedden’ in dit document voor een toelichting op deze bronkeuze.

De cijfers voor 2008 (Referentiejaar) zijn overgenomen uit de publicatie ‘Landelijke nulmeting intramurale GGZ: Capaciteit en productie in 2008’ van het Trimbos-instituut.

Ontwikkeling verblijfsdagen 2012-2013
Op het aantal verblijfsdagen (deelprestaties verblijf, deelprestatie verblijf zonder overnachting is niet meegenomen) behorende bij de gedeclareerde dbc’s zijn vanwege de datakwaliteit een tweetal correcties toegepast. Als eerste is het aantal verblijfsdagen per dbc gemaximeerd op 365, omdat een dbc maximaal een jaar open mag staan. Als tweede is het aantal verblijfsdagen per unieke patiënt per schadelastjaar gemaximeerd op twee keer 365 dagen, omdat dit het theoretisch maximum is voor dbc’s geopend in jaar t (een dbc geopend op 1 januari gesloten op 30 december en vervolgens een dbc geopend op 31 december, waarbij de patiënt de gehele looptijd van de dbc opgenomen is geweest).

Analyse afbouw per zorginkoopcombinatie
Bron: Vektis, dbc-declaraties tot en met 2013.
Methode: de declaraties in Vektis zijn op basis van UZOVI-code gegroepeerd naar (inkoopcombinaties van) zorgverzekeraars. Er zijn in 2015 negen zorgverzekeringsconcerns actief op de zorgverzekeringsmarkt. Vier hiervan (Eno, Zorg en Zekerheid, ASR en ONVZ) kopen samen ggz-zorg in via de inkoopcombinatie Multizorg VRZ. De overige vijf concerns kopen afzonderlijk zorg in. Dit zijn Achmea/Zilveren kruis, VGZ, CZ, Menzis en DSW. De Friesland (onderdeel van Achmea/Zilveren kruis) koopt (voor alle Achmea/Zilveren kruis verzekerden) zelfstandig in Friesland. Voor deze analyse zijn Achmea/Zilveren kruis en de Friesland samengenomen als één inkoopcombinatie. Hiermee zijn er dus vijf (inkoopcombinaties van) zorgverzekeraars. Voor één zorgverzekeraar ontbrak voor 2012 een aanzienlijk deel van de declaraties waardoor deze buiten de analyse is gelaten.

Op het aantal verblijfsdagen (deelprestaties verblijf, deelprestatie verblijf zonder overnachting (VZO) is niet meegenomen) behorende bij de gedeclareerde dbc’s zijn vanwege de datakwaliteit een tweetal correcties toegepast. Als eerste is het aantal verblijfsdagen per dbc gemaximeerd op 365, omdat een dbc maximaal een jaar open mag staan. Als tweede is het aantal verblijfsdagen per unieke patiënt gemaximeerd op twee keer 365 dagen, omdat dit het theoretisch maximum is voor dbc’s geopend in jaar t (een dbc geopend op 1 januari gesloten op

30 december, en vervolgens een dbc geopend op 31 december, patiënt de gehele looptijd van de dbc opgenomen).

Vervolgens is er een correctie voor verzekerdenmutatie toegepast. Als een verzekeraar in jaar t+1 meer of minder verzekerden heeft, kan dit invloed hebben op het totaal aantal verblijfsdagen bij die verzekeraar, waar we voor willen corrigeren om zo het effect van het aantal verblijfsdagen per verzekerde zichtbaar te maken. Hiervoor is per zorginkoopcombinatie/verzekeraar de procentuele verandering in het aantal verzekerden 2012-2013 berekend. Deze procentuele verandering is in mindering gebracht op de procentuele verandering in hoeveelheid verblijfsdagen 2012-2013. Bijvoorbeeld: een zorgverzekeraar met een (ruwe) daling van het aantal verblijfsdagen van 1%, en een toename van het aantal verzekerden met 1%, heeft een voor verzekerden-mutaties gecorrigeerde daling van 2%.

Analyse verdeling verblijfsdagen per patiënt 2012-2013
Bron: Vektis.
Methode: voor deze analyse is in Vektis per patiënt per openingsjaar van dbc's alle hierbij behorende verblijfsdagen (met correctie verblijfsdagen per dbc maximaal 365, per patiënt maximaal 730, patiënten met een negatief aantal verblijfsdagen zijn buiten de analyse gehouden) opgeteld. Vervolgens zijn patiënten in klassen opgedeeld. Hiervoor zijn de volgende grenzen gehanteerd: 1 - 7 dagen (tot en met 1 week), 8-28 dagen (1 tot 4 weken), 4 tot 8 weken, 8 tot 14 weken, 14 tot 26 weken, 26 weken of langer. Hierbij is één zorgverzekeraar niet meegenomen vanwege ontbrekende gegevens in 2012. Vervolgens is de procentuele verdeling van alle verblijfspatiënten in jaar t (minimaal 1 verblijfsdag bij dbc's geopend in jaar t) berekend. De som voor één jaar over alle verblijfsklassen telt dus op tot 100%.

Analyse verzorgingsgraad verblijf
Bron: Vektis.
Methode: voor deze analyse is in Vektis het totaal aantal dagen (deelprestaties) per verzorgingsgraad per jaar berekend en gedeeld door het totaal voor een procentueel aandeel per verzorgingsgraad. Hierbij is één zorgverzekeraar niet meegenomen vanwege onvolledige gegevens in 2012. Het jaar van openen van de dbc waar de deelprestaties bij horen was bepalend voor de jaartoewijzing van het totale verblijf binnen deze dbc.

Analyse crisiscontacten 2012 - 2013
Bron: DIS.
Methode: in DIS zijn alle crisis-gerelateerde activiteit-codes geselecteerd en per maand-jaar-combinatie is het aantal geregistreerde minuten opgeteld. Bij de analyse is niet gekeken naar de openingsdatum van de dbc, maar naar de datum van de tijdschrijf-activiteit. Alleen activiteit-codes uit groep 6 ('Crisisopvang/crisisinterventie') zijn meegenomen. dbc's met meer dan 100.000 minuten zijn niet meegenomen. De resultaten zijn weergegeven in bijlage 8.

Bijlage 1. Analyse inschatting schadelast 2013 in de tijd

De schadelastcijfers die zorgverzekeraars opgeven bij ZiNL zijn inclusief een balanspost. Om inzicht te krijgen hoe accuraat deze balanspost is, bekijken we de verwachte schadelast 2013 in een aantal kwartaalstaten van 2014 en 2015.

Tabel B.5 Verwachte schadelast 2013 in verschillende kwartaalstaten

Kwartaalstaat	Eerstelijns ggz	Tweedelijns ggz (dbc)	Overige producten
1ste 2014	83	4.123	8
2de 2014 (marktscan 2014 deel A)	79	4.133	18
2de 2015	71	3.976	11
4e 2015 (marktscan 2015 deel A)	68	3.942	11

Bron: kwartaal en jaarstaten ZiNL.

Het blijkt dat de schadelast over 2013 uiteindelijk 4,6% punt lager uit is gevallen.

Bijlage 2. Lijst met ggz awbz prestatiecodes in Vektis declaratiegegevens 2012 - 2013

Prestatiecode	Omschrijving	2012	2013
F125	Dagactiviteit LZA	1	1
H153	Gespecialiseerde begeleiding (psy)	1	1
H983	Dagbesteding GGZ3b	1	1
H984	Dagbesteding GGZ4b	1	1
H985	Dagbesteding GGZ5b	1	1
H986	Dagbesteding GGZ6b	1	1
H987	Dagbesteding GGZ7b	1	1
H988	kapitaallasten dagbesteding GGZ		1
H989	inventaris dagbesteding GGZ		1
H990	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling GGZ		1
H991	Dagbesteding GGZ1c	1	1
H992	Dagbesteding GGZ2c	1	1
H993	Dagbesteding GGZ3c	1	1
H994	Dagbesteding GGZ4c	1	1
H995	Dagbesteding GGZ5c	1	1
H996	Dagbesteding GGZ6c	1	1
H997	Dagactiviteit LZA kind en jeugd	1	
K.1.2	Continue tot zeer intensieve bescherming		1
K.1.5	Zeer intensief met beperkte tot volledige begeleiding		1
V310	VPT 1GGZ-C (excl.BH excl.DB)	1	1
V311	VPT 1GGZ-C (excl.BH incl.DB)	1	1
V320	VPT 2GGZ-C (excl.BH excl.DB)	1	1
V321	VPT 2GGZ-C (excl.BH incl.DB)	1	1
V330	VPT 3GGZ-C (excl.BH excl.DB)	1	1
V331	VPT 3GGZ-C (excl.BH incl.DB)	1	1
V340	VPT 4GGZ-C (excl.BH excl.DB)	1	1
V341	VPT 4GGZ-C (excl.BH incl.DB)	1	1
V350	VPT 5GGZ-C (excl.BH excl.DB)	1	1
V351	VPT 5GGZ-C (excl.BH incl.DB)	1	1
V360	VPT 6GGZ-C (excl.BH excl.DB)	1	1
V361	VPT 6GGZ-C (excl.BH incl.DB)	1	1
V884	Opslag kapitaallasten 2GGZ-C		1
V885	Opslag kapitaallasten 3GGZ-C		1
V886	Opslag kapitaallasten 4GGZ-C		1
V887	Opslag kapitaallasten 5GGZ-C		1
V888	Opslag kapitaallasten 6GGZ-C		1
V894	Opslag inventaris 2 GGZ-C		1
V895	Opslag inventaris 3 GGZ-C		1
V896	Opslag inventaris 4 GGZ-C		1
V897	Opslag inventaris 5 GGZ-C		1
V898	Opslag inventaris 6 GGZ-C		1
V902	Vervoer dagbesteding GGZ		1
X381	VPT Kapitaallasten NHC dagbesteding 1 GGZ-C		1
X382	VPT Kapitaallasten NHC dagbesteding 2 GGZ-C		1
X383	VPT Kapitaallasten NHC dagbesteding 3 GGZ-C		1
X384	VPT Kapitaallasten NHC dagbesteding 4 GGZ-C		1
X385	VPT Kapitaallasten NHC dagbesteding 5 GGZ-C		1
X386	VPT Kapitaallasten NHC dagbesteding 6 GGZ-C		1

VERVOLG			
Prestatiecode	**Omschrijving**	**2012**	**2013**
Y293	Kapitaallasten NHC dagbesteding 3 GGZ-B		1
Y295	Kapitaallasten NHC dagbesteding 5 GGZ-B		1
Y296	Kapitaallasten NHC dagbesteding 6 GGZ-B		1
Y297	Kapitaallasten NHC dagbesteding 7 GGZ-B		1
Y391	Kapitaallasten NHC dagbesteding 1 GGZ-C		1
Y392	Kapitaallasten NHC dagbesteding 2 GGZ-C		1
Y393	Kapitaallasten NHC dagbesteding 3 GGZ-C		1
Y394	Kapitaallasten NHC dagbesteding 4 GGZ-C		1
Y395	Kapitaallasten NHC dagbesteding 5 GGZ-C		1
Y396	Kapitaallasten NHC dagbesteding 6 GGZ-C		1
Z212	1GGZ-B (incl.BH excl.DB)	1	1
Z213	1GGZ-B (incl.BH incl.DB)	1	1
Z222	2GGZ-B (incl.BH excl.DB)	1	1
Z223	2GGZ-B (incl.BH incl.DB)	1	1
Z232	3GGZ-B (incl.BH excl.DB)	1	1
Z233	3GGZ-B (incl.BH incl.DB)	1	1
Z242	4GGZ-B (incl.BH excl.DB)	1	1
Z243	4GGZ-B (incl.BH incl.DB)	1	1
Z252	5GGZ-B (incl.BH excl.DB)	1	1
Z253	5GGZ-B (incl.BH incl.DB)	1	1
Z262	6GGZ-B (incl.BH excl.DB)	1	1
Z263	6GGZ-B (incl.BH incl.DB)	1	1
Z272	7GGZ-B (incl.BH excl.DB)	1	1
Z273	7GGZ-B (incl.BH incl.DB)	1	1
Z280	Klinisch Intensieve behandeling	1	1
Z310	1GGZ-C (excl.BH excl.DB)	1	1
Z311	1GGZ-C (excl.BH incl.DB)	1	1
Z320	2GGZ-C (excl.BH excl.DB)	1	1
Z321	2GGZ-C (excl.BH incl.DB)	1	1
Z330	3GGZ-C (excl.BH excl.DB)	1	1
Z331	3GGZ-C (excl.BH incl.DB)	1	1
Z340	4GGZ-C (excl.BH excl.DB)	1	1
Z341	4GGZ-C (excl.BH incl.DB)	1	1
Z350	5GGZ-C (excl.BH excl.DB)	1	1
Z351	5GGZ-C (excl.BH incl.DB)	1	1
Z360	6GGZ-C (excl.BH excl.DB)	1	1
Z361	6GGZ-C (excl.BH incl.DB)	1	1
Z883	Opslag kapitaallasten 1GGZ-B		1
Z884	Opslag kapitaallasten 2GGZ-B		1
Z885	Opslag kapitaallasten 3GGZ-B		1
Z886	Opslag kapitaallasten 4GGZ-B		1
Z887	Opslag kapitaallasten 5GGZ-B		1
Z888	Opslag kapitaallasten 6GGZ-B		1
Z893	Opslag inventaris 1 GGZ-B		1
Z894	Opslag inventaris 2 GGZ-B		1
Z895	Opslag inventaris 3 GGZ-B		1
Z896	Opslag inventaris 4 GGZ-B		1
Z897	Opslag inventaris 5 GGZ-B		1
Z898	Opslag inventaris 6 GGZ-B		1
Z899	Opslag inventaris 7 GGZ-B		1
Z902	Vervoer dagbesteding GGZ		1
Z922	Toeslag Niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie (NSFP)	1	1
Z992	Verblijfscomponent kortdurend verblijf GGZ	1	1

Bijlage 3. Van boekjaar naar schadelastjaar: part B

De invoering van de dbc's leverde een boekhoudkundige puzzel op. De zorginkoop vindt namelijk niet langer plaats per kalenderjaar (de budget-systematiek) maar per 'schadelastjaar'. Bij een schadelastjaar is de startdatum van de behandeling bepalend aan welk jaar de uitgaven worden toegerekend.

Dit betekende een praktisch probleem voor zorg die in 2013 is geleverd, maar die hoort bij een in 2012 geopende dbc. Deze zorg kan niet aan boekjaar 2012 worden toegeschreven, omdat deze niet in 2012 is geleverd. De zorg kan ook niet aan schadelastjaar 2013 worden toegeschreven, omdat de dbc niet in 2013 is geopend.

In de ggz zorguitgaven tabel in Hoofdstuk 3 van de Marktscan worden bij 2012 (voor gebudgetteerde aanbieders) uitgaven voor het boekjaar 2012 vermeld. Bij 2013 is er een breuk: vanaf dat jaar worden de uitgaven voor het schadelast 2013 en verder vermeld. De uitgaven die tussen wal en schip vallen worden daarom apart in deze bijlage vermeld.

De NZa stelde de waarde van deze zorg in 2015 vast op 1.228 miljoen euro. De afrekening met de zorgaanbieders vond plaats volgens een door de NZa opgestelde verdeelsleutel.

Bijlage 4. Meerjarenreeks uitgaven curatieve ggz 2009 - 2015

Tabel B.6 Totale uitgaven curatieve ggz 2009-2015 (mln €)

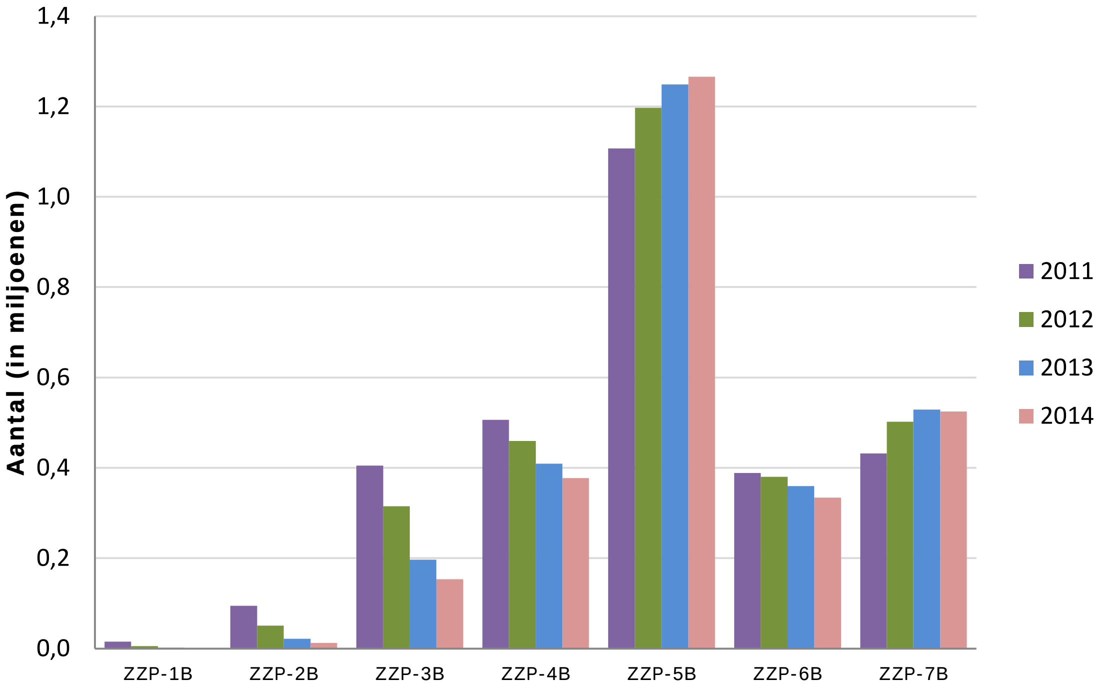
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Zvw Huisartsen zorg								
Huisartsenzorg	POH-GGZ	6	14	23	29	47	109	nb
Zvw GGZ								
Eerstelijnszorg	Eerstelijns psychologische zorg	99	112	122	76	68	-	-
	Generalistische basis-ggz	-	-	-	-	-	229*	222*
Tweedelijns zorg (incl. dyslexie)	Tweedelijns gebudgetteerd	3.403	3.491	3.633	3.549	3.942	3.534*	3.082*
	Tweedelijns niet-gebudgetteerd (inclusief dyslexiezorg)	278	381	534	484			
	Verblijf vanwege behandeling langer dan 3 jaar Lggz	-	-	-	-	-	-	70*
	Overige producten GGZ	4	4	5	5	11	-	-
	verrekenbedrag (70% van transitiebedrag)	-	-	-	-	42	-	-
	Overige regelingen	-	-	-	-	6,7	12,2	nb
Totaal Zvw GGZ		**3.784**	**3.988**	**4.294**	**4.114**	**4.070**	**3.775***	
Schatting effect afsluiten jeugd-dbc's 2014							**346***	
Zvw inclusief effect jeugd		**3.784**	**3.988**	**4.294**	**4.114**	**4.070**	**4121***	
Totaal Zvw inclusief effect jeugd ggz en POH ggz		**3.790**	**4.002**	**4.317**	**4.143**	**4.117**	**4.230***	

Bron: NZa, VWS, Vektis, ZiNL (4de kwartaalstaat 2015), Rijksbegroting *) voorlopige cijfers.

Bijlage 5. Zzp-volumes binnen de ggz-b- en c-pakketten 2011 - 2014

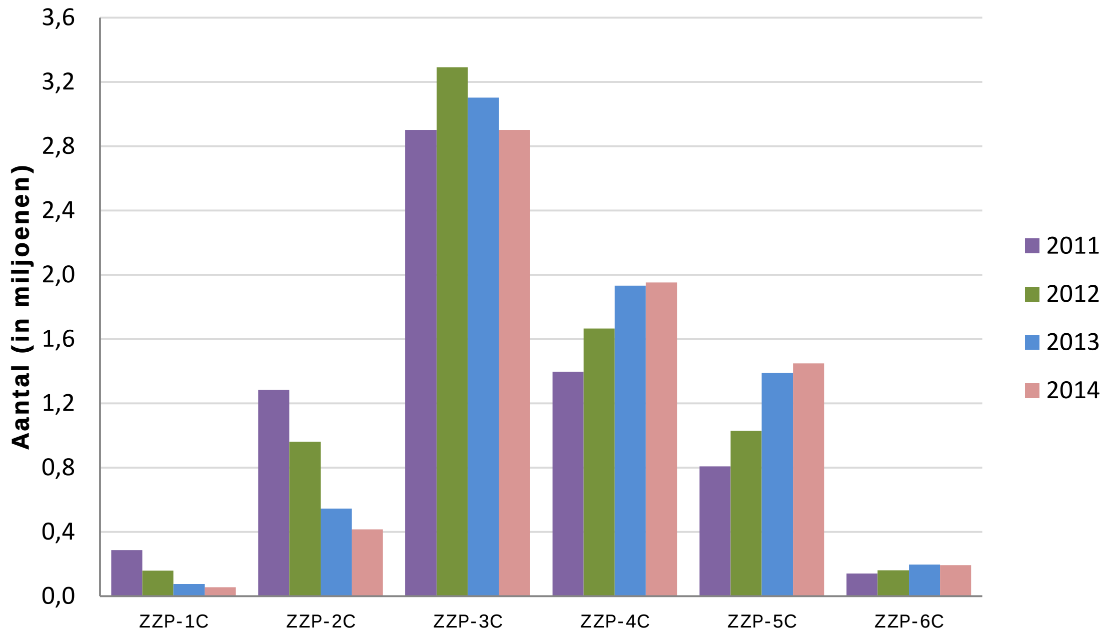
Over de periode 2012-2014 daalt het volume van de lichte zzp B- en C-pakketten, zoals blijkt uit onderstaande grafieken. Het volume van de zwaardere zzp B-pakketten blijft redelijk stabiel, terwijl de zwaardere zzp C-pakketten een volumestijging laten zien.

Figuur B.8 Landelijk volume per zzp verblijf vanwege behandeling (zzp-B) (in miljoenen dagen)



Bron: NZa peildatum februari 2015

Figuur B.9 Landelijk volume per zzp verblijf vanwege begeleiding (zzp-c) (in miljoenen dagen)



Bron: NZa peildatum februari 2015

De zorgverzwaring die plaats vond in de jaren 2011-2013 lijkt te stabiliseren in 2014. Dit geldt voor zowel zzp-b als de zzp-c.

Extra resultaten: volume 'overig'

Tabel B.7 Volume overig (in duizenden prestaties) [1]

Categorie	2011	2012	2013	2014	2015*
Kinderen en jeugd, aantal zorgdagen	144	127	122	117	0
Per dag klinisch intensieve behandeling	46	62	72	90	78*
Volledig pakket thuis	70	139	262	310	0
Totaal	**260**	**328**	**456**	**517**	**78***

Bron: NZa peildatum februari 2015

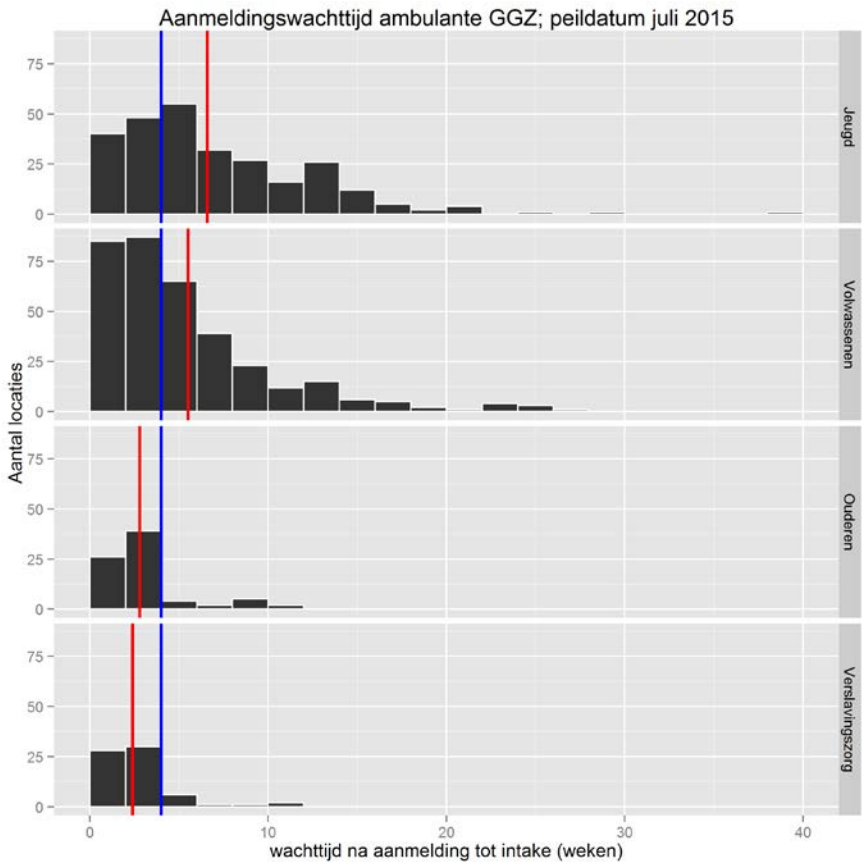
Wat de overige categorieën betreft nam het volume voor 'Volledig pakket thuis' in 2012 toe met bijna 100 procent en in 2013 met 88 procent. Het aantal zorgdagen 'Kinderen en jeugd' daalde in 2012 met 12 procent en in 2013 en 2014 met 4 procent. Het aantal dagen 'Klinische intensieve behandeling' nam in 2012 toe met 36 procent, in 2013 met 16 procent en in 2014 met 24 procent. In 2015 vervielen de categorieën 'Kinderen en jeugd' en 'Volledig pakket thuis' vanwege de overheveling uit de AWBZ.

[1] Zie voetnoot 26.

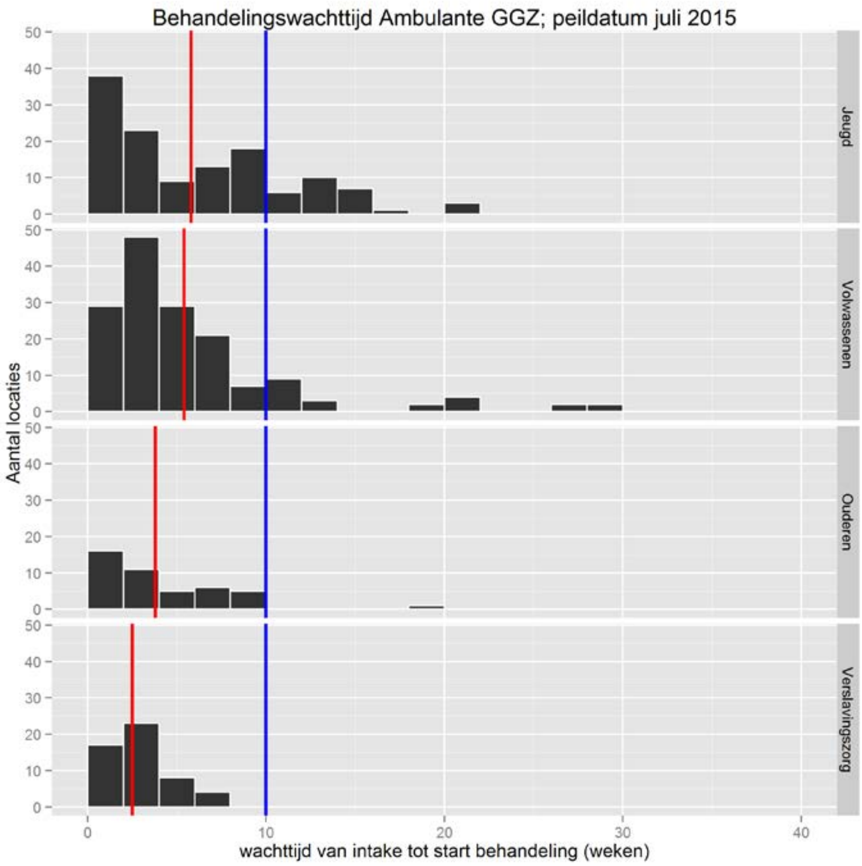
Bijlage 6. Wachttijd-verdeling websites 2015

In de scan worden alleen de gemiddelde wachttijden getoond. De juli en november 2015 wachttijd-verdelingen zijn hier weergegeven in onderstaande figuren.

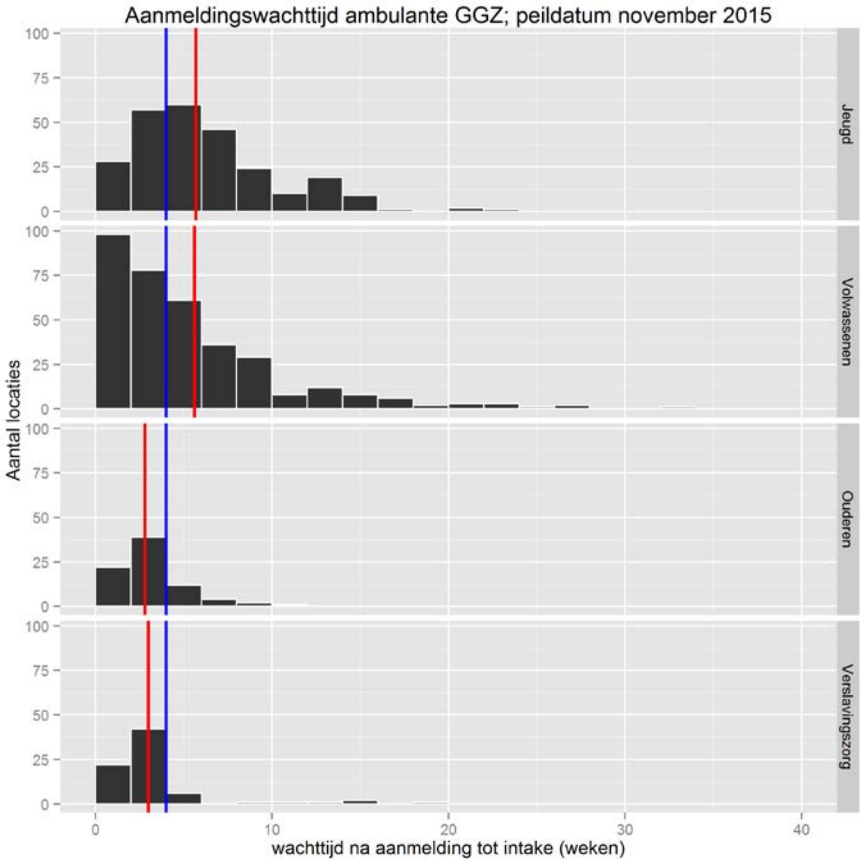
Figuur B.10 Wachttijd-verdeling aanmeldingswachttijd juli 2015



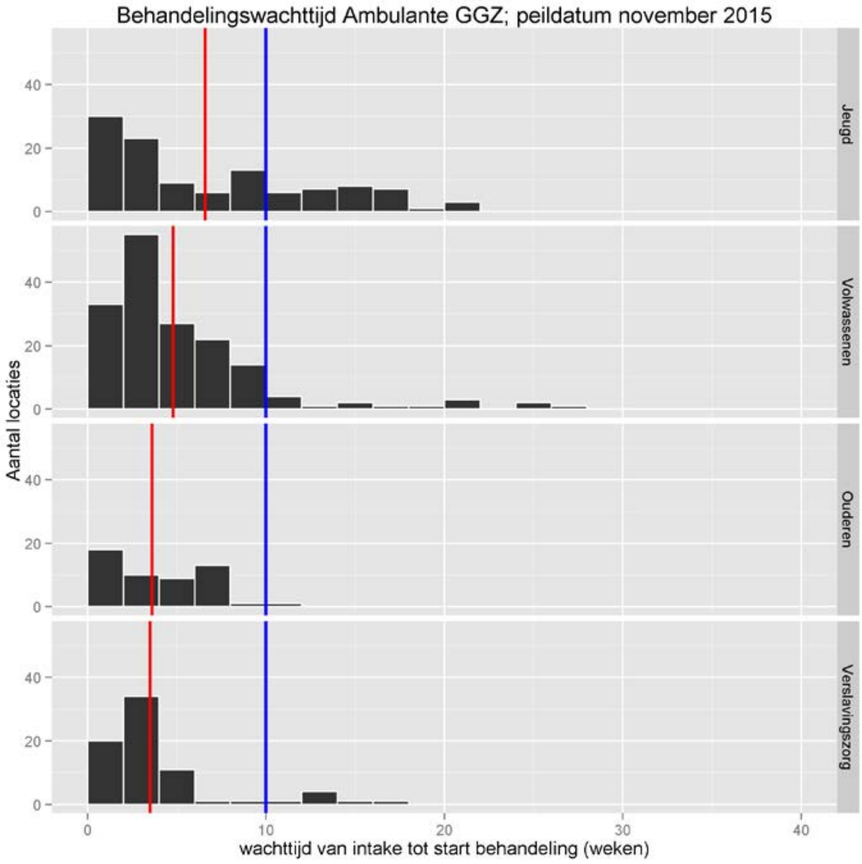
Figuur B.11 Wachttijd-verdeling behandelingswachttijd juli 2015



Figuur B.12 Wachttijd-verdeling aanmeldingswachttijd november 2015



Figuur B.13 wachttijd-verdeling behandelingswachttijd november 2015



Bijlage 7. Analyse bronnen bedden-capaciteit ggz

In onderstaande tabel zijn de meest recente Trimbos cijfers getoond afkomstig uit de landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige ggz (2015, p 119).

Tabel B.8 ggz-capaciteit 2012-2014 (Trimbos 2015)

Tabel 1. Geschatte Nederlandse intramurale GGZ capaciteit, in plaatsen

	2012	2013	2014
Zvw	11100	10900	10200
AWBZ Voortgezet verblijf (B-paketten)*	7600	7500	7100
AWBZ Beschermd wonen (C-paketten)*	17600	17300	17200
Totaal	36300	35700	34500

* exclusief 'AWBZ overig'.

Het gaat om bedden/plaatsen in drie segmenten:
- Zvw-verblijf
- AWBZ verblijf vanwege behandeling (zzp-b)
- AWBZ beschermd wonen (zzp-c)

Eerst beschrijven we twee mogelijke aspecten waarop bronnen kunnen verschillen. Hierna worden de beschikbare cijfers voor elk segment besproken, en wordt gemotiveerd voor welke bron uiteindelijk is gekozen in de scan.

1.1 Mogelijke oorzaken voor verschillen tussen bronnen

Er zijn tenminste twee punten waarop bronnen van elkaar kunnen verschillen:

- Niet vergoede productie die wel is geleverd.

Een mogelijke verklaring voor het verschil is dat Trimbos in de enquête vraagt naar geleverde productie, en de NZa-cijfers 'vergoede productie' betreffen. De zogeheten 'overproductie' (niet-vergoede productie) zit dus niet in de NZa-cijfers.

- Definitiekwestie (welke dagen worden meegeteld).

Ook speelt er mogelijk een definitiekwestie rond het meetellen van 'afwezigheidsdagen', dagen dat een patiënt niet in de instelling verblijft, maar de kamer wel bezet houdt. De zzp-systematiek, de fb-systematiek en de dbc-systematiek verschillen in hoe afwezigheidsdagen vergoed worden: in de zzp-systematiek en fb-systematiek worden voor zzp-b-dagen en verpleegdagen resp. afwezigheidsdagen (in principe) op dezelfde wijze vergoed als reguliere dagen (zie bijvoorbeeld NZa Factsheet aan- en afwezigheidsdagen (2011) en beleidsregel BR/CU-5040), in de dbc-systematiek worden deze dagen vergoed via een opslag op het tarief van reguliere dagen. Het feit dát ze vergoed mogen worden betekent niet dát ze in alle gevallen vergoed worden, hier kunnen afspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder over zijn. De referentie

voor de zvw-capaciteit uit 2008 is inclusief afwezigheidsdagen. De dbc's zijn zonder.

1.2 Zvw-verblijf

Voor de Zvw is gekozen om voor 2012-2014 de Trimbos cijfers over te nemen. Door de invoering en afschaffing van de eigen bijdrage ggz, inclusief bijbehorende anticipatie-effecten rond het openen van dbc's, en de technische uitdaging om de bijbehorende verblijfsdagen volledig en correct aan de juiste kalenderjaren toe te schrijven, wordt de Trimbos-reeks op dit moment door de NZa de meest betrouwbare cijfers rond beddenafbouw in de Zvw geacht.

- Vergelijking Vektis versus Trimbos

Er is op dit moment nog een onverklaard gat tussen de Trimbos-uitvraag en de aantallen verblijfsdagen op basis van Vektis dbc-declaraties. Het verschil is circa 10% (Trimbos rond de 4,0 miljoen Zvw-dagen voor de jaren 2012 en 2013, NZa komt op basis van Vektis-declaraties rond de 3,6 miljoen uit voor dbc's geopend in 2012 en 2013). Mogelijke verklaringen zijn definitie-verschillen en/of meetellen van niet-vergoede productie in de Trimbos-uitvraag (zie boven).

1.3 AWBZ-verblijf vanwege behandeling (zzp-b)

Met ingang van 2010 worden de verblijfsdagen in de AWBZ bekostigd via zzp-dagen. Voor de jaren 2010-2014 zijn de plaatsen klinisch voortgezet verblijf (zzp-b) op de door de NZa nagecalculeerde zzp-dagen gebaseerd.

- Vergelijking NZa versus Trimbos-instituut

Met ingang van het jaar 2012 rapporteert het Trimbos-instituut over de ontwikkeling van de beddencapaciteit via een eigen uitvraag onder ggz-instellingen. In de meting over het jaar 2012 (Rapport Trimbos 2013 tweede meting) betrof deze uitvraag circa 60 instellingen, verantwoordelijk voor circa 80% van het aantal opnames. Voor de uitvraag over het jaar 2014 ging het om 69 instellingen, samen goed voor circa 75% van de totale intramurale capaciteit (Trimbos 2015 LMA & HLZ).

Wanneer we de productievolumes uit de AWBZ budgetten voor het voortgezet verblijf (zzp-b, in aantallen dagen) uit Hoofdstuk 6 vertalen naar de definitie 'plaats' cf. het Trimbos komen we uit op een vergelijkbare trend voor 2012-2014, waarbij de Trimbos cijfers circa 5% lager liggen. We kiezen daarom voor de NZa-cijfers als meest volledige bron.

1.4 AWBZ-beschermd wonen (zzp-c)

Met ingang van 2010 worden de verblijfsdagen in de AWBZ bekostigd via zzp-dagen. Voor de jaren 2010-2014 zijn de plaatsen beschermd wonen (zzp-c) op de door de NZa nagecalculeerde zzp-dagen gebaseerd.

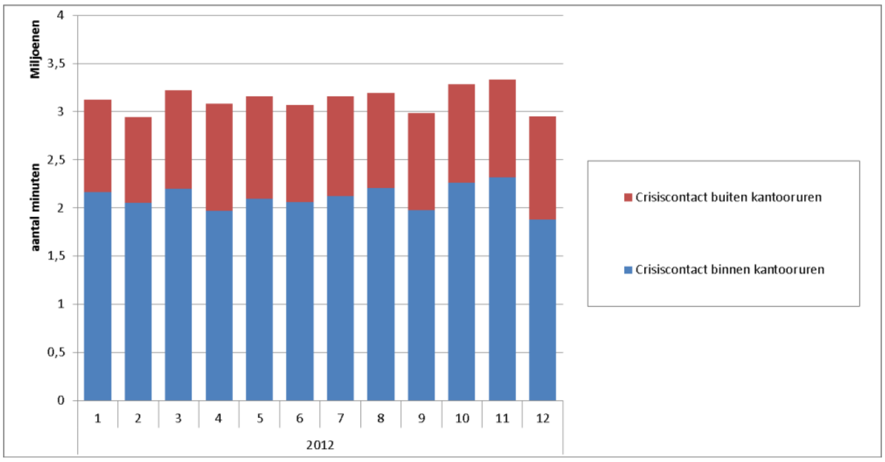
- Vergelijking NZa versus Trimbos-instituut

Bij het beschermd wonen is het verschil groter dan bij zzp-b, daar komen de NZa-cijfers uit op 20.000 plaatsen versus 17.500 door Trimbos gerapporteerd. Uit Vektis AWBZ declaratie gegevens blijkt dat circa 3000 plaatsen door zeer kleinschalige aanbieders wordt geleverd (< 30 plaatsen per AGB-code). Dit gaat bijvoorbeeld om enkele plaatsen in/bij

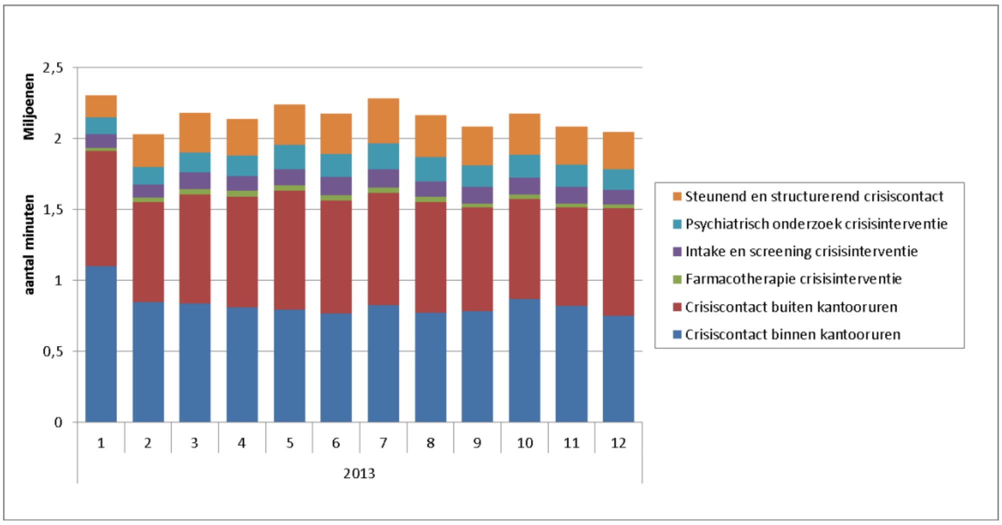
een verpleeghuis. Deze heeft Trimbos mogelijk niet goed in beeld. We kiezen daarom voor de NZa-cijfers als meest volledige bron.

Bijlage 8. Analyse crisiscontacten 2012 - 2013

Figuur B.14 Geschreven tijd op crisis-activiteiten in 2012



Figuur B.15 Geschreven tijd op crisis-activiteiten in 2013



MediQuest

Methodiek verzameling wachttijd-gegevens ambulante GGZ

31-11-2015

De wachttijden binnen de ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) zijn verzameld door MediQuest. De werkwijze van deze verzameling sluit zoveel mogelijk aan op de wijze van verzameling van wachttijd-gegevens in andere zorgsectoren welke door MediQuest wordt uitgevoerd. Dit document licht de werkwijze van de verzameling van wachttijd-gegevens van de ambulante GGZ toe.

Voor welke GGZ-instellingen zijn de wachttijd-gegevens verzameld?
Bij het verzamelen van de wachttijden-gegevens is aangesloten bij de concern-indeling (KVK-nummers) en typering (soort concern = GGZ concern) zoals deze in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording beschikbaar is.

In 2015 zijn tweemaal de GGZ wachttijden verzameld. Bij de wachttijden verzamelingen zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

1. Voor dataverzameling 1 is het in 2014 door MediQuest opgeleverde wachttijdenbestand als basis genomen: alle concerns zijn meegenomen, die in 2014 onderdeel waren van de wachttijdenverzameling (ongeacht hun omzet).
2. Voorafgaand aan dataverzameling 1 heeft een controle plaatsgevonden aan de hand van een gecombineerd DigiMV bestand over 2012-2013, waarbij nieuwe concerns (met omzet > 1 miljoen) aan het bestand zijn toegevoegd.
3. Voorafgaand aan dataverzameling 1 heeft een controle plaatsgevonden aan de hand van de MediQuest basisgegevens, waarbij concerns die niet meer bestaan uit het bestand zijn verwijderd.
4. De wachttijden-gegevens van dataverzameling 2, zijn aan het bestand met de gegevens van dataverzameling 1 toegevoegd, in nieuwe kolommen.

In totaal zijn voor **266** GGZ concerns de wachttijden verzameld[1].

Wat is er verzameld?

- **URL naar wachttijden**
- **Naam concern**
- **Plaats concern**
- **KvK-nummer concern**
- **Vestigingslocatie**
- **Circuit:** De wachttijden vallen onder 1 van de 4 vastgestelde circuits, namelijk:
  - Jeugd
  - Volwassenen
  - Ouderen
  - Verslavingszorg

[1] Gedurende de wachttijdenverzameling bleken vijf concerns niet meer te bestaan. Deze concerns zijn bij de schoning uit het wachttijdenbestand verwijderd, wat geresulteerd heeft in een lijst van 266 GGZ concerns.

- **Nadere typering** (eventueel): Indien de zorgaanbieder bij de wachttijden een uitgebreidere typering van een circuit geeft, dan is dit in deze kolom overgenomen.
- **Aanmeldtijd:** Tijd in weken tussen het aanmelden en de eerste afspraak.
- **Behandeltijd:** De wachttijd in weken tussen het eerste gesprek en de daadwerkelijke behandeling.
- **Datum actualisatie:** Genoemde datum waarop de wachttijden voor het laatst door de aanbieder zijn geactualiseerd (DD-MM-YY).
- **Peildatum:** Datum waarop de wachttijden zijn verzameld door MediQuest (DD-MM-YY).
- **Basis GGZ:** Met 'Ja' dan wel 'Nee' is aangegeven of het om Basis GGZ gaat. Dit is alleen aangegeven indien dit op te maken was uit de naam van de vestigingslocatie of nadere typering. Indien 'Ja' is vermeld was uit deze twee kenmerken op te maken dat het om Basis GGZ gaat. Indien 'Nee' is vermeld wat uit deze twee kenmerken op te maken dat het om Gespecialiseerde GGZ gaat.

Welke regels zijn verder nog toegepast tijdens de verzameling?

- De wachttijden zijn overgenomen van de website van de zorgaanbieder. Indien een wachttijd niet is vermeld, is deze wachttijd niet genoteerd (dit wordt getoond met "–");
- Alle wachttijden zijn genoteerd in hele weken;
- Alle wachttijden zijn naar boven afgerond, bijv. 2,1 week wordt 3 weken;
- Wachttijden met een duur van 0 weken zijn genoteerd als 1 week;
- Wachttijden met een duur van 0 maanden zijn genoteerd als 1 week;
- Wachttijden die zijn genoteerd in dagen of maanden zijn vertaald naar weken en eventueel naar boven afgerond, bijv. 8 dagen wordt 2 weken en 1 maand wordt 4 weken;
- Indien een periode van weken (of maanden) is aangegeven als wachttijd, dan is het gemiddelde van deze wachttijd genoteerd (en eventueel vertaald naar weken), bijv. 2 tot 6 weken wordt 4 weken en 3 tot 7 maanden wordt 5*4 = 20 weken;
- Wachttijden in termen van personen zijn niet te interpreteren en daarom ook niet overgenomen. Deze wachttijden zijn genoteerd als onbekend (aangegeven met "-");
- Indien er op de website van de zorgaanbieder een schriftelijke omschrijving staat zoals "Wij streven ernaar de wachttijden te beperken" of "Wij hebben geen wachtlijsten", ofwel men dient te bellen voor "actuele wachttijden", dan is dit geïnterpreteerd als onbekende wachttijden (aangegeven met "-");
- Indien de wachttijden op concernniveau worden getoond, zijn deze ook op concernniveau genoteerd. Indien dit van toepassing is, staat dit ook vermeld in de kolom "opmerkingen MQ";
- Indien er op de website van de zorgaanbieder een wachttijd is getoond, maar geen onderscheid is gemaakt tussen aanmeld- of behandeltijd, dan is dit genoteerd als aanmeldtijd (de vermelde wachttijd is dan tenminste de aanmeldtijd). Indien dit van toepassing is, staat dit ook vermeld in de kolom "opmerkingen MQ";
- Indien geen circuit is vermeld, maar wel wachttijden worden getoond, dan zijn deze onder het circuit "Volwassenen" genoteerd;
- De gekozen typering (van een circuit) van de zorgaanbieder is letterlijk overgenomen. Waar mogelijk is onderscheid gemaakt tussen basis en specialistische GGZ;

- Indien als datum actualisatie een periode is aangegeven, is het gemiddelde genomen, bijv. “eerste kwartaal 2014” is genoteerd als 15 februari 2014;
- Indien er geen datum actualisatie is vermeld, dan is dit aangegeven als onbekend;
- Namen van vestigingslocaties zijn letterlijk van de website van de zorgaanbieder overgenomen (gebaseerd op de pagina waarop de wachttijden staan vermeld);
- Indien bij dataverzameling 2 bleek dat een bepaalde organisatie, locatie, circuit of nadere typering, niet meer bestaat dan wel niet meer vermeld staat op de wachttijdenpagina van een organisatie, dan is dit vermeld in het opmerkingenveld van dataverzameling 2;
- Indien de website van een wachttijdenpagina bij dataverzameling 2 gewijzigd bleek te zijn t.o.v. dataverzameling 1, dan is de nieuwe url vermeld in de kolom ‘URL naar wachttijden (indien anders dan bij verzameling 2015-1)’.

Overzicht reacties externe consultatie Marktscan ggz 2015 deel A

Partij	Hoofdstuk	Hoofdstuk naam	Geparafraseerde reactie	Reactie NZa
GGZ NL	X	Algemeen	We hebben waardering voor de objectieve verslaglegging van de marktontwikkelingen.	Neemt de NZa ter kennisgeving aan
GGZ NL	X	Algemeen	Samenhang: de ontwikkelingen die zichtbaar worden in de marktscan ggz hangen sterk samen met de ontwikkelingen in andere markten: het gemeentelijk domein, in de forensische zorg, in de somatische zorg. Onze patiënten bewegen zich door al deze deelmarkten heen. Wij vragen aandacht voor deze versnippering en het probleem om integraal zicht te houden wat er in de verschillende deelmarkten van de ggz gebeurt. Is het mogelijk om hier (wellicht in de toekomst) op een meer integrale wijze naar te kijken?	De NZa probeert zo integraal mogelijk zicht te houden op de verschillende deelmarkten van de ggz. Dit is ook de reden dat de poh-ggz, curatieve en langdurige ggz samen in één marktscan zijn opgenomen. In de marktscan forensische zorg wordt aandacht besteed aan de link met de niet-forensische ggz.
GGZ NL	3	Patiënten en aanbieders	Zijn er actuelere cijfers te vinden over het aantal ggz concerns (dan 2013)?	Nee, hier zijn nog geen betrouwbare gegevens voor beschikbaar. Het meest recente jaar waarvoor aanbieder aantallen beschikbaar zijn is 2013.
GGZ NL	3	Patiënten en aanbieders	Is er een inhoudelijke toelichting te geven voor de farmacotherapeutische interventies van juist deze 3 middelen en de mogelijke verklaring in absolute zin?	Deze drie groepen zijn uitgelicht omdat ze qua volume en kosten relatief groot zijn in de ggz, en omdat ze vrij specifiek zijn voor de ggz. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld de benzodiazepinen (hypnotica en anxiolytica), die voor diverse doeleinden kunnen worden voorgeschreven. We hebben geen verklaring voor de cijfers in absolute zin.
GGZ NL	4	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	"De nominale uitgaven in 2014 zijn met 2,4% gestegen". Betekent dit dat de macrokaders zijn gestegen? Klopt deze interpretatie? Dit hoeft niet te betekenen dat er daadwerkelijk 2.4% meer zorg wordt gefinancierd door alle financiers gezamenlijk. Bij veel ggz aanbieders zijn bezuinigingen en ontslagen aan de orde van de dag, en spreekt met van een krimpscenario.	Deze cijfers zijn geactualiseerd en worden nu anders gepresenteerd. Uit de optelsom van geschatte cijfers voor 2014 volgt een stijging van de curatieve ggz-uitgaven (ex poh ggz) van 1,3%. Echter, vanwege de resterende onzekerheid in deze cijfers trekken we nog geen harde conclusies voor de uitgavenontwikkeling 2013-2014. Voor 2012-2013 zien we een gelijk blijven van de uitgaven, wat vanwege inflatie en loonindexatie voor krimp bij zorgaanbieders kan zorgen.
GGZ NL	4	Uitgaven en prijsontwikkeling in	De poh-ggz wordt niet betaald uit het macrokader ggz en is onderdeel van de huisartsenzorg. Niet	De scan probeert de feitelijke ontwikkelingen in de ggz uitgaven in beeld te brengen. De huisartsenzorg inclusief poh-ggz vormt

		de ggz	alleen de poh-ggz, maar ook de huisarts levert zorg aan mensen met psychische problemen en ziekten. Het beeld is incompleet en suggereert dat de poh-ggz onderdeel uitmaakt van het macrokader ggz	een steeds belangrijker wordend deel van de ggz-keten. We hebben een opmerking over de verschillende macrokaders opgenomen in de scan.
GGZ NL	4	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	Aan de vergelijking van het prijsniveau van voormalige gebudgetteerde aanbieders en niet-gebudgetteerde aanbieders kunnen geen conclusies worden verbonden. Het is heel goed denkbaar en zelfs waarschijnlijk dat voormalig gebudgetteerde aanbieders gemiddeld veel complexere patiënten behandelen en onrendabele zorgprogramma's hebben. Het is niet ongebruikelijk dat begrotingstekorten in niet of minder rendabele zorgprogramma's voor specifieke patiëntgroepen worden gecompenseerd met de opbrengsten van meer rendabele zorgprogramma's.	Bij een normatieve prijsvergelijking ("te hoog" of "te laag") moet rekening gehouden worden met verschillen in patiëntpopulatie. Dit wordt in de scan niet gedaan, en daarom trekt de NZa geen normatieve conclusies. Er wordt slechts een verschil vastgesteld.
GGZ NL	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	Kan er bij wijze van leeswijzer een verklaring wordt gegeven over de beperkingen van de realisatie / omzetcijfers van bepaalde kalenderjaren?	We hebben een opmerking hierover opgenomen bij de tabel met uitgaven curatieve ggz.
GGZ NL	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Ambulantisering is gericht op het verkorten en voorkomen van opname en heropname. Ambulantisering gaat niet alleen over EPA-patiënten	Ambulantisering gaat inderdaad niet alleen over EPA patiënten. Het Trimbos Instituut schrijft echter wel (Trendrapportage 2012): "Het ambulantiseringstraject zal immers vooral (zij het niet uitsluitend) betrekking hebben op de zorg en ondersteuning voor deze groep."
GGZ NL	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Er wordt met verschillende bronnen gewerkt, waarbij de duiding met grote voorzichtigheid en met deskundigen plaats moet vinden. Deze duiding ontbreekt.	De NZa heeft grote mate van zorgvuldigheid en voorzichtigheid betracht bij het selecteren en wegen van de verschillende bronnen. Hierover is ook nauw contact geweest met het Trimbos Instituut. Ook is dit hoofdstuk aan het Trimbos voorgelegd, waarvan de reacties in dit document zijn opgenomen. De bronnen en methoden bevat een toelichting bij de bronkeuze voor de ambulantiseringscijfers (bedden / plaatsen).
GGZ NL	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische	De toename van capaciteit beschermd wonen tot 2013 komt door de beddenafbouw in de Zvw.	Uit Trimbos rapporten blijkt dat de groei van het beschermd wonen al sinds 2002 gaande is, en een directe link met de ambulantisering in het curatieve deel van de ggz is daarmee niet

		aandoening		waarschijnlijk.
GGZ NL	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Waarom de verschillen in beddenafbouw 2012-2013 per zorginkoopcombinatie tonen als deze niet actueel meer zijn?	dit laat zien dat er betekenisvolle verschillen waren in 2013 tussen verzekeraars met betrekking tot beddenafbouw in de zvw. Zie voor een algemeen antwoord op de vraag waarom er cijfers uit 2013 worden getoond ook het volgende punt.
GGZ NL	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Ook de verzorgingsgraad analyse is op oude cijfers uit 2013 gebaseerd en niet verassend.	Een marktscan is op feiten gebaseerd, en kijkt daarmee noodzakelijkerwijs terug in de tijd. Vaak gaat het over ontwikkelingen die zich over meerdere jaren uitstrekken, ambulantisering is hiervan een goed voorbeeld, zorgverzwaring ook. Hierdoor worden cijfers uit het verleden relevant voor het heden. Daarnaast kent een marktscan een breed publiek. Sommige analyses zullen niet voor iedere lezer even actueel en relevant worden gezien, hier probeert de NZa een balans in aan te brengen.
GGZ NL	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Ook de analyse over crisiscontacten is gebaseerd op oude cijfers. Onze achterban geeft al enige jaren aan dat het aantal crisis-contacten toeneemt.	De NZa heeft geprobeerd om de vermeende stijging van crisis-contacten in de cijfers 2012-2013 zichtbaar te maken. Definitieve cijfers 2014 waren nog niet beschikbaar. De NZa zal dit blijven monitoren.
GGZ NL	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Het grootste deel van nieuwe opnamen gaat daarnaast via het verplichte kader. Een zorgwekkende ontwikkeling, want het remt de mogelijkheid om verder te ambulantiseren.	Op grond van het artikel van Broer et al ("Stijgende trend in dwangtoepassing onder de Wet Bopz zet door") en het totaal aantal unieke ggz-patiënten met een opname (circa 55.000) komt de NZa tot een andere conclusie, nl. dat in 2013 maximaal een kwart van alle opnames via het bopz-kader loopt. (IBS + VM optellen, nog niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen)
GGZ NL	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	De veronderstelling dat de overlast van verwarde personen niet met ambulantisering te maken heeft, kan je niet onderbouwen. De link met EPA zien wij niet en evenmin de link met ambulantisering.	De link tussen EPA en ambulantisering is al in een eerder punt besproken. De link tussen ambulantisering en verwarde personen, betreft een vermeende link die in het publieke debat vaak wordt aangehaald. Onze conclusie (die we delen met het Trimbos Instituut) is dat een directe link tussen ambulantisering en verwarde personen onwaarschijnlijk is.
GGZ NL	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Aantal crisiscontacten 2012 is niet veranderd ten opzichte van 2013? Hoe is deze conclusie tot stand gekomen?	In de bronnen en methoden is een gedetailleerde toelichting opgenomen. In de analyse is niet het aantal crisiscontacten gemeten, maar de tijd die is geregistreerd voor crisiscontacten. Dit wordt duidelijker aangegeven in de scan.

KPMG	3	Patiënten en aanbieders	Wat betreft de aanname dat de basis-ggz patiënten in de KPMG monitor vooral patiënten zijn die voorheen 2e lijns ggz kregen: dit beeld herkennen wij en is bevestigd in bijeenkomsten met betrokken partijen. Wel merken wij op dat de monitor basis GGZ is uitgevoerd in opdracht van en voor VWS. Het gebruik van dit rapport door andere partijen is voor eigen risico. KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit rapport anders dan waarvoor het is opgesteld.	We zijn ons bewust van de risico's wanneer we marktscan-analyses baseren op gegevens uit de monitor Basis GGZ en deze zo indirect generaliseren naar een landelijk beeld. In dit specifieke geval vinden we dat de resultaten voldoende plausibel en consistent zijn om in de scan op te nemen.
LPGGZ	7	Wachttijden gespecialiseerde ggz zonder verblijf	Het LPGGZ wil graag cijfers die het aantal mensen weergeeft dat te lang wacht.	Analyse op patiënt-niveau gebeurt op basis van DIS: het duurt gemiddeld 2 jaar voordat een representatief beeld van wachttijden op basis van DIS geschetst kan worden. Daarom doen we beiden: Websites voor een onvolkomen maar actueel beeld, DIS voor een meer gedetailleerd maar gedateerd beeld. De absolute aantallen patiënten uit de DIS analyse zijn als bijlage toegevoegd.
LPGGZ	7	Wachttijden gespecialiseerde ggz zonder verblijf	Het LPGGZ mist nog een vervolgonderzoek naar de oorzaak van wachttijden bij met name persoonlijkheidsstoornissen en autisme	De NZa heeft inmiddels besloten om een verdiepend onderzoek te starten naar de hoge wachttijden bij persoonlijkheidsstoornissen en autisme-spectrumstoornissen.
LPGGZ	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Allereerst zien wij mogelijkheden om de tekst te actualiseren aan de hand van recente (onderzoeks)gegevens. [....]Het lijkt me waardevol als u deze resultaten nog net mee kunt nemen in de marktscan.	In het kader van zorgvuldigheid is de NZa terughoudend in het opnemen van (niet geconsulteerde) cijfers en nog niet gepubliceerde rapporten.
LPGGZ	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	De relatie ambulantisering – toename meldingen verwarde personen is bijzonder complex. We vinden het voorbarig om een dergelijk verband 'onwaarschijnlijk' te noemen en adviseer een neutralere formulering te kiezen.	De link tussen ambulantisering en verwarde personen, betreft een vermeende link die in het publieke debat vaak wordt aangehaald. De toelichting van het LPGGZ werpt ons inziens geen nieuw licht op de analyse zoals gepresenteerd in de scan. Onze conclusie (die we delen met het Trimbos-instituut) blijft daarom dat we een directe link tussen ambulantisering en verwarde personen onwaarschijnlijk vinden.
LVVP	2	Ontwikkelingen in de ggz	De voormalige LVE en NVVP hadden als eis dat er ook bij eerstelijns psychologische zorg een verwijzing nodig was.	Wettelijk gezien was voor toegang tot eerstelijns psychologische zorg (EPZ) een verwijzing in de periode 2008-2013 niet verplicht. Verzekeraars konden een verwijzing als aanvullende bepaling in

				de polisvoorwaarden opnemen. Ook de LVE en NVVP stelde als eis voor lidmaatschap het hebben van een verwijzing in het dossier. Anderzijds blijkt uit onderzoek van Prins et al (2012) dat in 2009 circa 30% van de patiënten zonder verwijsbrief eerstelijns psychologische zorg ontving.
LVVP	2	Ontwikkelingen in de ggz	2.1.1.2 De definitie van de nieuwe echelonverdeling, het doel, sluit naar de mening van de LVVP niet aan bij hetgeen destijds is afgesproken. Graag hier een check op, zie het zogenaamde HHM-rapport.	In de nieuwe tekst is meer aangesloten bij de doelen zoals deze blijken uit het HHM rapport Basis ggz: verwijsmodel en productbeschrijvingen. Dit zijn tijdige herkenning en behandeling van psychische problematiek door huisarts en POH, en doorverwijzing wanneer er tenminste een vermoeden van een dsm-stoornis is en behandeling door huisarts en POH niet de meest effectieve is.
LVVP	2	Ontwikkelingen in de ggz	1)Bij de ontwikkelingen missen we het opzeggen van het bestuurlijk akkoord en 2)het opstellen van de "Agenda voor gepast gebruik en transparantie". 3)En kan toegevoegd worden dat voor de nieuwe productstructuur er ook gekeken gaat worden naar de basis-ggz?	1) en 2) Tekst is aangepast. 3) Wat betreft de nieuwe productstructuur: de ontwikkeling richt zich in dit stadium primair op de g-ggz. Over de basis-ggz is toegevoegd dat het nieuwe bekostigingsmodel ook gevolgen kan hebben voor de bekostiging van de basis-ggz.
LVVP	3	Patiënten en aanbieders	De LVVP stelt op basis van de KPMG monitor basis-ggz vraagtekens bij de door de NZa verwachte patiëntenaantallen voor 2014 en 2015.	De schatting is opnieuw uitgevoerd, waarbij extra gegevens zijn betrokken, o.a. van de KPMG monitor en gb-ggz gegevens van Vektis. De schatting voor 2015 is geschrapt omdat deze te grof en speculatief bleek.
LVVP	3	Patiënten en aanbieders	Patiënten met en DSM-IV stoornis horen niet in de huisartsenpraktijk maar dienen doorverwezen te worden naar de basis- of gespecialiseerde ggz!	De aanspraak op zorg sluit niet uit dat een POH-ggz een patiënt met een stoornis behandeld. De afbakening van de POH-GGZ is 'zolang behandeling in de HA praktijk mogelijk is'. De data laat niet zien welk type patiënt wordt behandeld en of er formeel een stoornis is vastgesteld. Dus we weten niet of het gaat om een patiënt die bijvoorbeeld uitbehandeld is voor zijn stoornis (stoornis onder controle met af en toe lichte psychologische hulp). Of dat het gaat om nieuwe patiënten met een stoornis, die qua zorgvraagzwaarte beter passen binnen de basis-ggz.
LVVP	3	Patiënten en aanbieders	3 Graag ook in de bevindingen een zin opnemen over de 1e lijns ggz [over de ontwikkeling van het aantal aanbieders 2012-2013], nu is de bevinding niet compleet.	Vanwege beperkt zicht op de aantallen aanbieders in de eerstelijn zijn hier geen conclusies aan te verbinden.

LVVP	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	De basis-ggz prijzen en percentages kunnen nog niet definitief zijn omdat de declaratietermijn nog open staat.	De tekst is aangepast, en wordt nu aangegeven dat het om een inschatting gaat op basis van beschikbare gegevens.
LVVP	7	Wachttijden gespecialiseerde ggz zonder verblijf	overall gezien stijgen de wachttijden over jaren 2014-2015, graag toevoegen: voor GGZ-instellingen. Er is immers geen onderzoek gedaan bij websites van vrijgevestigden.	Aangepast
LVVP	7	Wachttijden gespecialiseerde ggz zonder verblijf	Graag toevoegen dat de wachttijden met name zijn onderzocht bij instellingen.	Niet alle analyses hebben enkel betrekking op instellingen: de DIS analyses betreffen ook vrijgevestigde praktijken, alhoewel hier een groter aandeel van dbc's geen bruikbare wachttijd bevat (voor details zie het verdiepend onderzoek naar de wachttijden NZa, 2015) en de bronnen en methoden bij deze marktscan).
LVVP	7	Wachttijden gespecialiseerde ggz zonder verblijf	7.5.2 Het lastige van aanmeldingswachttijd uitsplitsen per diagnosegroep is dat bij de aanmelding meestal niet bekend is welke diagnose iemand heeft, dus dit kan alleen na afsluiten van de DBC bepaald worden.	NZa neemt ter kennisgeving aan
LVVP	7	Wachttijden gespecialiseerde ggz zonder verblijf	wat voegt de paragraaf over het Motivaction wachttijden onderzoek toe? Er worden geen cijfers gepresenteerd om te vergelijken met andere cijfers.	Deze paragraaf is aangepast zodat er duidelijker een relatie wordt gelegd met de MediQuest wachttijd-gegevens die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd.
NIP	X	Algemeen	Het concept-rapport heeft niet de kwaliteit die we gewend zijn van de NZa. Kan er een redactieslag gemaakt worden waarna het stuk opnieuw ter consultatie wordt aangeboden?	Er is inderdaad een wat ruwere versie als gebruikelijk ter consultatie aangeboden, om in een wat vroeger stadium feedback te krijgen. Inmiddels heeft een ingrijpende redactieslag plaats gevonden. De NZa kiest er echter voor om niet opnieuw een consultatieronde te houden. De afweging was dat de NZa voldoende vertrouwen heeft in de kwaliteit die het stuk inmiddels, mede dankzij de consultatie heeft gekregen. Een nieuwe consultatie ronde zou publicatie onnodig vertragen.
NIP	2	Ontwikkelingen in de ggz	Bij de ontwikkelingen missen we het opzeggen van het bestuurlijk akkoord en het opstellen van de "Agenda voor gepast gebruik en transparantie".	Tekst is aangepast.
NIP	3	Patiënten en aanbieders	Opmerkelijke groei 2e lijn in tabel naar 2013 moeilijk te verklaren en in tegenspraak van de tekst. Afname vanaf 2014 heeft meerdere	De tekst was niet correct, de tabel was dit wel. De verklaring van afschaffing eigen bijdrage acht de NZa plausibel. Voor 2014 is de schatting gebaseerd op onder andere de KPMG monitor basis-ggz.

			oorzaken: - effecten jeugdwet. Dit effect zou explicieter gemaakt moeten worden door aantal patiënten ggz < 18 jaar in beeld te brengen - Substitutie GGGZ naar GBGGZ. Dit effect blijkt uit monitor GBGGZ - Substitutie gbggz-POH-GGZ: dit effect staat niet in onderste tabel. Het beeld van de monitor laat een grote groei zien van de POH-GGZ en een matige groei in de GBGGZ en afname in de gggz.	De schatting voor 2015 is verwijderd omdat deze bij nader inzien te grofmazig was en speculatief was.
NIP	3	Patiënten en aanbieders	Het NIP stelt op basis van de KPMG monitor basis-ggz vraagtekens bij de door de NZa verwachte patiëntenaantallen voor 2014. Zo blijkt uit deze monitor dat het aantal patiënten in de basis-ggz verdrievoudigd is t.o.v. van de 1e lijns ggz.	De monitor GBGGZ is in de regio's waar gemonitord wordt niet volledig dekkend qua aanbod. De POH-GGZ is in deze regio's 100% mee genomen ,terwijl de EPZ in 2013 slechts 10% (!)van de regio betrof, en de 2e lijn in 2013 50% (Bijlage 4 KPMG monitor). Dit levert een vertekend beeld op van de verhouding eerstelijns ggz en basis-ggz. Op basis van Vektis cijfers concludeert de NZa dat de basis-ggz in 2014 ongeveer evenveel patiënten heeft behandeld als de eerstelijns ggz in 2013.
NIP	3	Patiënten en aanbieders	Kan geconcludeerd worden dat patiënten met en DSM-IV stoornis in de huisartsenpraktijk eigenlijk doorverwezen zouden moeten worden?	De aanspraak op zorg sluit niet uit dat een POH-ggz een patiënt met een stoornis behandeld. De afbakening van de POH-GGZ is 'zolang behandeling in de HA praktijk mogelijk is'. De data laat niet zien welk type patiënt wordt behandeld en of er formeel een stoornis is vastgesteld. Dus we weten niet of het gaat om een patiënt die bijvoorbeeld uitbehandeld is voor zijn stoornis (stoornis onder controle met af en toe lichte psychologische hulp). Of dat het gaat om nieuwe patiënten met een stoornis, die qua zorgvraagzwaarte beter passen binnen de basis-ggz.
NIP	3	Patiënten en aanbieders	1) Zijn er geen recentere cijfers (2014 of 2015) over aantal zorgaanbieders, waarbij aangesloten kan worden bij huidige stelsel? 2) Uit de tabel op pagina 19 wordt voor de eerste lijn geen onderscheid gemaakt tussen instellingen en vrijgevestigden en bij de 2e lijn weer wel. 3) De term gebudgetteerde zorgaanbieders wordt niet uitgelegd. 4) De gegevens uit de NIP enquête	1) Nee, hier zijn nog geen betrouwbare gegevens voor beschikbaar. Het meest recente jaar waarvoor aanbieder aantallen beschikbaar zijn is 2013. Daarom wordt hier nog de oude indeling gehanteerd van eerste en tweedelijns ggz (t/m 2013). 2) Gaan beter aangeven dat dit zowel (solo) praktijken als grotere organisaties betreft. 3) Deze uitleg is toegevoegd. 4) We maken duidelijker dat de bevindingen uit de NIP enquête over vrijgevestigden gaan, die zowel basis- als g-ggz zorg kunnen

			hebben betrekking op vrijgevestigden in zowel de gbggz als de GGGZ. Kortom deze paragraaf schept veel verwarring. 5) Het is zorgwekkend dat er geen betrouwbare data voorhanden zijn op basis waarvan een goede uitspraak gedaan kan worden over het totaal aantal zorgaanbieders die zorg verlenen in de te onderscheiden echelons POH-GGZ, GBGGZ, GGGZ en WLZ.	leveren. 5) Het grote aantal aanbieders en de dynamiek rond samenwerkingsverbanden in de ggz bemoeilijkt het kwantificeren van aantallen aanbieders per segment.
NIP	4	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	Het is verwarrend dat de jeugd GGZ in 2014 al is uitgesplitst terwijl deze pas in 2015 feitelijk is overgeheveld naar de jeugdwet.	De jeugd-ggz dbc's zijn voortijdig ("hard") afgesloten, waardoor een correctie nodig is om de schadelast 2013 met die van 2014 te kunnen vergelijken.
NIP	4	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	1e alinea: Uitbreiding inschrijftarief POH-GGZ naar 1 fte per normpraktijk in 2016. Is dit nu inderdaad door VWS besloten? Wordt het BKZ hierop aangepast? Er zijn signalen dat hiervoor budget overgeheveld zou worden uit de ggz. Klopt dat?	Vanuit VWS heeft er vooralsnog geen budgetoverheveling plaatsgevonden van het budgettair kader ggz naar het budgettair kader huisartsenzorg.
NIP	4	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	4.2 Voor een goede vergelijk zouden ook de uitgaven van eigen bijdragen, eigen risico en zelf betalende cliënten meegerekend moeten worden. Daaruit zou kunnen blijken dat de kosten voor de verzekeraars is toegenomen maar totale kosten gedeclareerd juist afgenomen.	De NZa tracht hier rekening mee te houden bij het opstellen van de tabellen. Voor de detailtabel zvw ggz uitgaven geldt het volgende: de kosten van het eigen risico zitten hier gewoon in verwerkt. De kosten van de eigen bijdragen (eerstelijns ggz t/m 2013, tweedelijns ggz alleen 2012) daarentegen niet. Dit geld weer wel voor de budgetten die t/m 2012 werden gehanteerd. Een schatting voor de eigen bijdragen is apart opgenomen in de scan. Met ingang van 2014 zijn er geen eigen bijdragen meer in de ggz. Er zijn ons geen bronnen van zelfbetalende patiënten in de ggz bekend, waardoor dit lastig meetbaar is.
NIP	4	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	1) Kolomtotalen van 2015 kunnen niet vergeleken worden met 2014 omdat enkele gegevens in 2015 nog niet bekend zijn. 2) Het effect van afsluiten jeugd DBC's (wat een tijdelijke verhoging in 2014 veroorzaakt, moet beter worden toegelicht. 3) Het is gevaarlijk conclusies te trekken omdat de schadelast over 2014 nog niet definitief bekend is.	1) We hebben geen kolomtotaal voor 2015 meer opgenomen. 2) Het effect van het voortijdig afsluiten jeugd-dbc's wordt nu duidelijker toegelicht in de bronnen en methoden. 3) Wanneer schadelast cijfers nog niet definitief zijn worden ontwikkelingen als voorlopig gepresenteerd.
NIP	4	Uitgaven en prijsontwikkeling in	Gelden de cijfers over contracteergraad alle aanbieders of alleen de instellingen? Het is niet	De cijfers gelden voor alle aanbieders. Het klopt dat als de uitgavenbeheersing van de zorgverzekeraars onvoldoende blijkt

		de ggz	geheel waar dat alleen van gecontracteerde zorg de schadelast controleerbaar is omdat met het MBI budgetoverschrijdingen op alle zorgaanbieders verhaald kunnen worden.	te zijn, dat dan het MBI ingezet kan worden. Aanvulling toegevoegd.
NIP	4	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	1) par. 4.2.2 behoeft enige toelichting. De omvang van part B is substantieel. Hoe is deze in de getallen verdisconteerd? 2) Paragraaf 4.2.3. Het eigen risico is in de zorg aanzienlijk verhoogd. Dit moet in ieder geval vermeld worden.	1) In de tabel van ggz uitgaven wordt per 2013 niet meer per boekjaar maar per schadelastjaar gerapporteerd. Bij deze overgang is er een deel van de uitgaven die tot boekjaar 2013 hoort, maar niet tot schadelastjaar 2013. Dit deel van de uitgaven ("part B") wordt daarom in de tekst (bronnen en methoden) verantwoord, en niet in de tabel. 2) Er is een box gekomen in Hoofdstuk 2 waar zowel de eigen bijdrage als het eigen risico worden beschreven. Hiernaar wordt verwezen.
NIP	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	Volume: Het hoofdstuk begint met bevindingen die moeilijk te duiden zijn zonder achterliggende cijfers. Vervolgens wordt in de leeswijzer terecht aangegeven dat volumenontwikkelingen in relatie tot uitgaven moeilijk te duiden zijn door een aantal externe factoren. Wat is dan de aarde van deze bevindingen?	Alle bevindingen worden inclusief achterliggende cijfers (Bronnen en methoden) gepresenteerd. In de nieuwe tekst zijn de diverse moeilijkheden geadresseerd zodat alsnog conclusies getrokken kunnen worden.
NIP	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	We hebben moeite de analyses in Hoofdstuk 5 te volgen en zijn daarom gestopt met verdere beoordeling van het rapport.	De NZa heeft begrip voor dit besluit.
NIP	6	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	Uitgavenontwikkeling langdurige GGZ: Totaal kolom 2015 geeft vertekend beeld. Kosten zijn er immers wel maar overgeheveld naar WMO en deel van de kosten zijn niet in beeld.	De daling wordt in de tekst toegelicht.
Trimbos-instituut	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Het aantal clienten in EPA-vignet "ambulant licht" is kleiner dan verwacht en de kosten per cliënt zijn erg hoog. Klopt dit wel?	De reden dat het aantal EPA-patiënten klein is in dit vignet is omdat alleen ggz-specifieke awbz prestaties zijn meegenomen in de NZa-analyse. Individuele en groepsbegeleiding zijn dus NIET meegenomen. De reden dat de kosten relatief hoog zijn is omdat in de vignetten-analyse (zowel van Vektis als van NZa) ALLE awbz-kosten van de patiënt zijn meegenomen, niet alleen de kosten van ambulante zorg die gebruikt is voor de vignet toedeling.
Vektis	X	Algemeen	Niet overal staan bronvermeldingen bij.	De bronnen en methoden bevatten details inclusief bron, bij de

				scan zelf draait het vooral om de informatie nodig om cijfers te interpreteren, incl. onzekerheden. We hebben gecontroleerd dat alle analyses in de hoofdtekst terugkomen in de bronnen en methoden.
Vektis	X	Algemeen	wanneer Vektis als bron wordt genoemd staat er als peildatum juni 2015. De levering heeft echter in augustus 2015 plaats gevonden.	In de tekst is uiteindelijk gekozen voor een peildatum die aansluit bij het moment waarop de gegevens zijn verzameld. Aangezien de meest recente declaratiegegevens ontvangen zijn in Q4 2014, is voor 1 januari 2015 gekozen als peildatum.
Vektis	3	Patiënten en aanbieders	Bij het schatten van de patiënten in de basis-ggz 2014 wordt gesproken van patiënten die voorheen 1e of 2e lijns ggz kregen, maar er zijn toch ook nieuwe patiënten in 2014?	Er wordt bedoeld dat deze patiënten in de oude situatie 1e of 2e lijns ggz hadden gekregen. De patiënten zelf kunnen inderdaad nieuw zijn. De tekst is inmiddels herschreven.
Vektis	4	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	De cijfers over 2012 wijken nogal af van de cijfers bij Vektis en het Zorginstituut. Kosten zvw ggz 3.607 mln.	De zvw ggz schadelast 2012 is niet gelijk aan de ggz zvw zorguitgaven 2012, omdat in 2012 nog werd bekostigd via de budgetsystematiek. Er zijn twee factoren die het verschil helpen verklaren: In 2012 dekten de dbc-opbrengsten niet de budgetten. Ook is de eigen bijdrage ggz die gold in 2012 in mindering gebracht op de uitgaven verantwoord in de schadelast cijfers. Zie voor een toelichting ook de Marktscan ggz 2014 deel A
Vektis	4	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	Uit tabel B.8 (bijlage 2) blijkt dat de schadelast 2013 met 3,8% is overschat. Wanneer was de schadelast 2013 overschat?	Het betrof de schadelast 2013 zoals deze in de marktscan GGZ 2014 deel A is gepubliceerd, destijds gebaseerd op de 2e kwartaalstaat 2014.
Vektis	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	"In 2013 was 44 procent van de ggz-uitgaven (Zvw en AWBZ uitgaven samen) bestemd voor EPA-patiënten. "Hoe is de 44% berekend?	De 44% is gebaseerd op de totale ggz zvw (exclusief poh-ggz) en ggz awbz schadelast gegevens in de declaratiebestanden van Vektis. Hier is een toelichting in de bronnen en methoden over opgenomen.
Vektis	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	De volgende zin “Hierbij merken we op dat de gemeenten, die sinds 2015 verantwoordelijk zijn voor het beschermd wonen, geen partij waren in het Bestuurlijk akkoord waarin de afspraken over ambulantisering werden gemaakt.” is weliswaar een zin die juist is. Maar is dat een reden of verklaring voor toename?	De bedoeling was aan te geven dat het niet duidelijk is hoe de capaciteit voor beschermd wonen zich zal ontwikkelen nu deze zorg is overgeheveld naar het gemeentelijk domein. De tekst is aangepast.
Vektis	8	Zorg voor mensen met een ernstige	Hoe is een "plaats" gedefinieerd?	Het gaat om aantal dagen / 365. Dit is ook opgenomen in de tekst als ook de bronnen en methoden

		psychische aandoening		
VWS	X	Algemeen	Kunnen er (ook in toekomstige marktscans) zoveel mogelijk meerjaren cijfers worden getoond?	We nemen dit advies ter harte en proberen zo lang als mogelijk op kernindicatoren als patiëntaantallen en zorguitgaven meerjarenreeksen op te bouwen.
VWS	2	Ontwikkelingen in de ggz	Kan er iets gezegd worden over transitieregime zeer gespecialiseerde ggz?	Een opmerking hierover is toegevoegd
VWS	2	Ontwikkelingen in de ggz	- P. 10: t.a.v. eigen risico: kan eventueel toegevoegd worden dat deze niet geldt voor de POH-GGZ? Veel patiënten die voorheen in de ELP terecht kwamen en daar een eigen bijdrage betaalden, komen nu bij de POH-GGZ terecht.	Aangepast
VWS	2	Ontwikkelingen in de ggz	In de tekst over de risicoverevening is niet duidelijk of verzekeraars volledig risicodragend zijn of niet. Kan iets worden opgenomen over de mate van risicodragendheid door de jaren heen, b.v. in relatie tot bandbreedte van de nacalculatie?	De mate van risicodragendheid (gedeeltelijk, grotendeels) kan niet worden afgemeten aan het aantal verzekeraars dat binnen of buiten de bandbreedte vallen. Wel hebben we de afbouw van de bandbreedteregeling, en daarmee de toename in risico, toegevoegd aan de tekst
VWS	2	Ontwikkelingen in de ggz	Bij de ontwikkelingen missen we het opzeggen van het bestuurlijk akkoord en het opstellen van de "Agenda voor gepast gebruik en transparantie".	In de herschreven tekst zijn deze ontwikkelingen opgenomen.
VWS	2	Ontwikkelingen in de ggz	Kan vermeld worden dat er per 2014 de daadwerkelijk geschreven behandelminuten op de factuur komen?	Opmerking over minuten op de factuur toegevoegd.
VWS	2	Ontwikkelingen in de ggz	Diverse tekstuele opmerkingen en suggesties voor aanpassing bij de zvz-indicator.	Deze opmerkingen zijn verwerkt in de herschreven tekst over de zvz-indicator.
VWS	2	Ontwikkelingen in de ggz	Kan aangegeven worden dat de nieuwe productstructuur zich in eerste instantie richt op de g-ggz?	Dit onderscheid is toegevoegd.
VWS	3	Patiënten en aanbieders	Is er verdiepend onderzoek gedaan naar een oorzakelijk verband tussen eigen betalingen en ontwikkelingen in patiëntenaantallen, of is er alleen een vermoeden van een verband?	Het beeld is consistent met het verwachtte effect. Er is echter geen verdiepend onderzoek gedaan. Toegevoegd: vermoedelijk.
VWS	3	Patiënten en aanbieders	Kan worden aangegeven waarop de schattingen van patiëntaantallen 2014 en 2015 zijn gebaseerd?	De aannamen van de schatting voor 2014 zijn in de tekst en bronnen en methoden toegelicht. Voor 2015 zijn geen cijfers meer opgenomen.

VWS	3	Patiënten en aanbieders	- P. 14: tekst onder tabel 2,2; Is het mogelijk dat de eigen bijdrage in 2012 een verhogend effect heeft gehad op het aantal patiënten in zowel 2011 als 2013? Wellicht is het zinvol hier ook een verwijzing naar paragraaf 5.2.2 op te nemen, waarin hier nader op wordt ingegaan.	Op basis van de patronen in het openen van nieuwe dbc's is dit inderdaad waarschijnlijk. Het vermoedelijke effect van de eigen bijdrage wordt nu ook genoemd bij deze tabel, en een verwijzing naar de verdiepende analyse wordt opgenomen.
VWS	3	Patiënten en aanbieders	- P. 15: bij 2.3.3, kan daar eventueel ook een meerjarentabel opgenomen worden met het aantal en type patiënten poh ggz (analoog aan tabel 2.1). Het zou ook fijn zijn als er een meerjarige overzichtstabel ergens zou staan met aantal patiënten 1e lijn, 2e, lijn, poh ggz èn lggz. Kan dat?	Er is een tabel toegevoegd met patiënten 1e 2e lijn en poh. Voor de lggz hebben we alleen aantallen indicaties opgenomen in de scan, deze worden apart gepresenteerd.
VWS	3	Patiënten en aanbieders	- P. 16, tabel 2.4 + toelichting: bij de ZZP GGZ 6B is tussen 1/1/2014 en 1/1/2015 een duidelijke daling te zien (van ruim 10%). Wat is hier de verklaring voor?	In het algemeen zijn ontwikkelingen in indicaties vaak een complex van meerdere factoren, zie bijvoorbeeld het HHM rapport "Ontwikkelingen indicaties en gebruik langdurig verblijf" uit 2014. Bij de ZZP-B (verblijf vanwege behandeling) valt op dat ZZP B4 en B6 een gelijksoortige trend volgen. Voor beide ZZP's geldt dat er naast psychische zorg ook somatische zorg nodig is. We weten niet wat de verklaring voor deze trend is. Mogelijk is er een link met de ambulantisering.
VWS	3	Patiënten en aanbieders	- P 16, tabel 2.4: Klopt het dat het feitelijk gebruik soms afwijkt van wat er geïndiceerd is? Zo ja, is het zinvol dat hier eventueel nog bij te vermelden? Kan de NZa op een of andere manier achterhalen wat het feitelijk gebruik (verzilvering) van de indicaties is? Een schatting van welk deel van de indicaties ook verzilverd wordt?	Het feitelijk gebruik ligt inderdaad meestal lager dan geïndiceerd. Niet alle indicaties worden direct "verzilverd". Er is een analyse hierover toegevoegd.
VWS	3	Patiënten en aanbieders	- P. 18: Is er eventueel ook al een schatting van het aantal aanbieders in de Basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ te geven, in 2014 en/of 2015?	Nee, hier zijn nog geen betrouwbare gegevens voor beschikbaar. Het meest recente jaar waarvoor aanbieder aantallen beschikbaar zijn is 2013. Daarom wordt hier nog de oude indeling gehanteerd van eerste en tweedelijns ggz (t/m 2013).
VWS	4	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	- P. 22: als de jeugd-ggz niet was overgeheveld, was de schadelast in 2015 dan hoger of lager geweest dan in 2014? Zie ook p. 25,	De verschillen in Zvw schadelast tussen de jaren zijn doorgaans op het niveau van procentpunten. De onzekerheid in zowel de schadelast 2015 als het aandeel jeugd-ggz in bijvoorbeeld de

			tabel 4.3 en de toelichtende tekst daarbij.	schadelast 2014 is nog dermate groot dat deze vraag nog niet beantwoord kan worden.
VWS	4	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	- P. 22: "De niet-gecontracteerde ggz ligt in de periode 2011-2015 stabiel op rond de 3-3,5%." Waar blijkt dit uit, is dit op basis van gerealiseerde dbc's? Of blijkt dit uit de ex ante contracteringsuitvraag (waarvan je dus niet weet hoe dat achteraf is uitgekomen)? Kan de bron hier vermeld worden?	In de tekst is toegevoegd: "Kanttekening is dat het om een schatting van zorgverzekeraars gaat op een moment dat nog niet alle schadelast is verwerkt." In de bronnen en methoden is een korte toelichting opgenomen. Het gaat inderdaad om een schatting op een moment waarop nog niet alle schades zijn verwerkt.
VWS	4	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	- P. 24, bovenaan: "Het inschrijftarief is gebaseerd op 0,3 FTE per normpraktijk. In 2016 zal dit worden verhoogd naar 1 FTE per normpraktijk." Kan hier worden toegelicht wat de reden hiervan is?	De NZa past met ingang van 2016 de bestaande regels over de maximale inzet van de zogeheten functie poh-ggz hiervoor aan. Huisartsen willen steeds vaker praktijkondersteuning inzetten, zorgverzekeraars willen deze vorm van zorg ook inkopen. Deze reden is toegevoegd aan de tekst
VWS	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	Kan worden toegelicht waar de geconstateerde 'volumestijging' op is terug te voeren? Is vooral het aantal DBC's gestegen of is er ook een verschuiving zichtbaar naar een langere behandelduur per dbc? In hoeverre kan de volumeontwikkeling verklaard worden door hogere prijzen per dbc (gecorrigeerd voor inflatie)?	Deze analyse is toegevoegd als analyse financiële waarde dbc's
VWS	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	belangrijkste bevindingen curatieve ggz. Wat wordt bedoeld met "Het DBC-volume in lopende tarieven"? Is dit iets anders dan de totale uitgaven aan DBC's (prijs en volume)? Het lijkt hier om hetzelfde te gaan. Als dat klopt, hoe verhoudt dat zich dan tot de uitleg in de eerste alinea van hoofdstuk 5 dat in de hoofdstukken 5 en 6 het volume, respectievelijk de prijs apart worden geanalyseerd om de in hoofdstuk 4 beschreven uitgavenontwikkeling te duiden? Zie ook vragen en opmerkingen bij p. 35, tabel 5.1 (en soortgelijke tabellen in hfdst. 5).	Dit is iets anders, het gaat om de waarde van Dbc's uitgedrukt in maximumtarieven. Wanneer twee opeenvolgende jaren met dezelfde tarieven worden gewaardeerd, wordt een volumeontwikkeling zichtbaar gemaakt. Met lopende tarieven werd bedoeld dat voor dbc's uit 2012 tarieven 2012 zijn gebruikt, en voor dbc's uit 2013 tarieven 2013. Na correctie voor tariefswijzigingen komt dan het volume-effect in beeld.
VWS	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in	belangrijkste bevindingen curatieve ggz. Wijziging in de DBC-systematiek veroorzaakt toename crisis-	De ontwikkelingen bij crisiscontacten 2012-2013 wordt in de herschreven tekst nader toegelicht in Hoofdstuk 8. Tijdens de

		de ggz	DBC's -> kan dit nader toegelicht worden, of verwezen worden naar waar die toelichting wel staat (H5)? En is iets te zeggen over crisis-DBC's in de jaren 2014 en evt. 2015, gezien de korte looptijd van een crisis-DBC?	analyse-fase van deze scan waren er onvoldoende vulling voor DIS om 2014 en 2015 betrouwbaar te analyseren.
VWS	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	prgrf 5.1, eerste aandachtsstreepje in de opsomming: zijn deze registratie-effecten terug te voeren op de overstap van afrekening per kalenderjaar naar afrekening per schadelastjaar, of zijn deze registratie-effecten terug te voeren op de omslag van budget- naar dbc-bekostiging? Dat zijn op zich twee verschillende dingen.	Er werd gedoeld op een toename van geschreven tijd vanwege toegenomen prikkel om alle bestede tijd ook in dbc's te verantwoorden door de overstap op dbc-bekostiging.
VWS	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	Onduidelijk is hoe tabel 5.1 zich verhoudt tot tabel 4.3. Zouden de 2013-cijfers niet overeen moeten komen? Dat is nu niet het geval (2013: 3976 (tabel 4.3) versus 4179 (tabel 5.1)). Kan worden toegelicht waarom dit afwijkt?	Het verschil is de prijs van de dbc's: In tabel 4.3 uit de consultatieversie is de schadelast 2013 weergegeven, dit zijn de door verzekeraars betaalde bedragen voor de dbc's. In tabel 5.1 zijn alle dbc's tegen maximumtarieven 2013 gewaardeerd. Een opmerking hierover is opgenomen.
VWS	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	Er wordt aangegeven dat de nominale waarde van de dbc's wordt getoond. Kunnen de cijfers gecorrigeerd worden voor het prijseffect, zodat een zuiver volume-effect resteert?	Dit is deels correct: het is geen zuivere volumeontwikkeling, maar niet omdat de afgesproken prijzen zijn gehanteerd, maar vanwege de tarieven 2012 en 2013, die niet gelijk aan elkaar zijn. In de herschreven tekst hebben we het tariefs-effect geschat, en zo alsnog een zuivere volumeontwikkeling verkregen.
VWS	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	Klopt het dat er in 2012 ook nog sprake was verrekenpercentages waardoor de tarieven fors heen en weer schoten (of was dat alleen in 2011 en eerder)? Zo ja, kan dan in de tekst worden vermeld of daarvoor is gecorrigeerd?	Dit klopt. Daar is voor gecorrigeerd door maximumtarieven te gebruiken in plaats van prijzen met verrekenpercentages.
VWS	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	tabel 5.3: is een zuivere vergelijking tussen 2012 en 2013 wel mogelijk? In 2012 was er forse onderfinanciering van de instellingsbudgetten. Is dat van invloed op de gepresenteerde cijfers?	Met onderfinanciering wordt gedoeld op het feit dat de gedeclareerde dbc omzet boekjaar 2012 lager lag dan de instellingsbudgetten. In tabel 5.3 gaat het niet om wat zorg gekost heeft, maar om hoeveel zorg er is geleverd in termen van dbc-waarde.
VWS	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	tabel 5.3 totaalregel: er is blijkbaar een stijging van 13% in 2013. Hoe verhoudt zich dat tot het op (nagenoeg) gelijk niveau blijven in bijv. tabel 4.3	Er was in 2012 een onderdekking van het budget in termen van dbc's. De dbc-waarde lag ongeveer 10% onder de waarde van het budget. Door de toename van de dbc waarde met 11-13% (zie de

			(4114 naar 4107)? Kan dit worden toegelicht in de tekst?	tekst) is de dbc-schadelast 2013 ongeveer op het niveau van de instellingsbudgetten 2012 uitgekomen, waardoor de totale uitgaven niet veel veranderd zijn van 2012 op 2013.
VWS	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	Klopt tabel 5.4? Negatief percentage en een stijging in aantal dagen.	De tabel was niet juist en is aangepast.
VWS	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	Bij de zvz-indicator: Er zijn inmiddels nieuwe resultaten waaruit blijkt dat op groepsniveau de zvz-indicator beter voorspelt/verklaart.	Deze nieuwe resultaten zijn toegevoegd aan de scan: "Uit de analyse is voorts gebleken dat de verklaarde variatie voor de behandelminuten toeneemt van 7% op individueel niveau naar circa 25% op groepsniveau." Ref "Doorontwikkeling Zorgvraagzwaarteindicator GGZ Eindrapportage fase 2 september 2015"
VWS	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	tabel 5.8: kan de categorie “Geen zvz-klasse te berekenen” worden toegelicht? Waarom kan bij deze DBC-trajecten geen zvz-klasse worden berekend?	Een toelichting is toegevoegd bij de Bronnen en methoden.
VWS	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	hfdst. 6: is bekend/ kan in dit hoofdstuk nog worden ingegaan op de vraag of/ in welke mate er gebruik wordt gemaakt van de extra onderhandelingsruimte die de max-maxtarieven bieden?	We hebben een extra analyse opgenomen waar specifiek naar dit punt is gekeken. De resultaten staan in Hoofdstuk 5.
VWS	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	Zijn de gerapporteerde tariefswijzigingen met of zonder correctie voor inflatie?	De tariefswijzigingen bevatten ook indexeringen. De prijzen worden vervolgens afgezet tegen de tarieven. Dit is beter aangegeven in de tekst.
VWS	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	zijn de maximumtarieven waarmee gerekend is, inclusief de destijds van toepassing zijnde procentuele kapitaallastenopslag?	Ja. Er is gerekend met de tarieven zoals deze zijn vastgesteld door de NZa. Vergoeding voor kapitaallasten zit in deze tarieven verwerkt. De kapitaallasten voor dbc's zonder verblijf zijn als procentuele opslag verwerkt in de dbc-tarieven. Met ingang van 2012 zijn er deelprestaties verblijf, hier zat in 2012 een procentuele opslag voor de kapitaallasten in, die in 2013 is vervangen door een deelprestatie-specifieke NHC-opslag. Voor de deelprestaties is zowel in 2012 als in 2013 gerekend met een maximumtarief dat deze opslagen bevat en dus inclusief vergoeding voor kapitaallasten is.
VWS	6	Uitgaven en	tabel 4.9, valt gespecialiseerde ambulante	Dit is in de tekst toegelicht. Deze prestatie kan ook voorkomen in

		prijsontwikkeling in de ggz	begeleiding in 2015 niet onder het gemeentelijk domein? Wat is de verklaring voor het bedrag van 9 mln?	de Wlz bij cliënten met een andere grondslag
VWS	6	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	tabel 4.10, zie de vorige opmerking bij pagina 29, maar nu wat betreft dagbesteding en vervoer in 2015	Dit is in de tekst toegelicht. Deze prestatie kan ook voorkomen in de Wlz bij cliënten met een andere grondslag
VWS	7	Wachttijden gespecialiseerde ggz zonder verblijf	is er iets toe te voegen t.a.v. wenswachtenden?	Er wordt voor toegankelijkheid niet naar wachtlijsten maar naar wachttijden gekeken. OF een patiënt gewenst of ongewenst heeft gewacht blijkt niet uit de data.
VWS	7	Wachttijden gespecialiseerde ggz zonder verblijf	als gesproken wordt over het aantal locaties dat de wachttijd overschrijdt, wordt dan gedoeld op het aantal locaties dat gemiddeld genomen de wachttijd overschrijdt? (zie ook 60)	Deze formulering was niet scherp genoeg. Uit de wachttijd bij een locatie vermeld op de website kan geen overschrijding van de Treeknorm worden geconcludeerd. De tekst is hierop aangepast. Het is namelijk mogelijk dat een locatie een hoge aanmeldwachttijd heeft, maar er geen enkele nieuwe patiënt in zorg komt die zo lang wacht. Dit komt omdat de aanmeldwachttijd op de website de derde mogelijkheid in de agenda van de aanbieder betreft. Uit DIS kan op patiëntniveau WEL een overschrijding van de Treeknorm worden vastgesteld, omdat daar de daadwerkelijke wachttijd van de patiënt in geregistreerd wordt.
VWS	7	Wachttijden gespecialiseerde ggz zonder verblijf	gelden Treeknormen ook voor zorg die niet in het basispakket zit? Zo beperkte de aanspraak dyslexiezorg zich tot de basisschoolleeftijd, en zou je dyslexiezorg dus niet terug verwachten in de analyses m.b.t. volwassen-ggz?	In DIS wordt dyslexiezorg onder dezelfde diagnosecode als leesstoornis geregistreerd. Het blijkt bij volwassenen om zeer weinig dbc's te gaan. Inmiddels is voor deze analyse een filter van tenminste 400 dbc's over de vierjaren-periode toegepast, waardoor diagnosegroepen met weinig observaties niet meer worden getoond. Hieronder viel ook de diagnose leesstoornis bij volwassenen.
VWS	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Er is veel overlap met de Trimbos monitor, en bevat geen nieuwe inzichten. Kan de NZa uitleggen waarom zij dit onderzoek [zorg voor mensen met EPA] doet?	De NZa wil met haar marktscan een zo compleet mogelijk beeld schetsen van de markt, hier maakt ambulantisering deel van uit. Dit hoofdstuk is in een nauwe samenwerking met het Trimbos-instituut tot stand gekomen, én ook deels gebaseerd op analyses van het Trimbos.
VWS	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische	"In 2013 was 44 procent van de ggz-uitgaven (Zvw en AWBZ uitgaven samen) bestemd voor EPA-patiënten. "Hoe is de 44% berekend?	De 44% is gebaseerd op de totale ggz zvw (exclusief poh-ggz) en ggz awbz schadelast gegevens in de declaratiebestanden van Vektis. Hier is een toelichting in de bronnen en methoden over

		aandoening		opgenomen.
VWS	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	In het bestuurlijk akkoord 2013-2014 is geen vermindering van opnames afgesproken maar een afbouw van klinische capaciteit.	Is aangepast
VWS	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Kan wat betreft cijfers over aantal mensen / patiënten met EPA zo veel mogelijk uitgegaan worden van de cijfers zoals gehanteerd in het consensusdocument Delespaul et al	Aangepast.
VWS	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Blz. 3, tabel 8.2: kan ook qua 'totale kosten' een uitsplitsing worden gemaakt tussen AWBZ en Zvw?	Deze uitsplitsing is bewust weggelaten om de toegankelijkheid en leesbaarheid van de tabel te verhogen. De geïnteresseerde lezer kan deze informatie zelf berekenen door de verhouding kosten per patiënt awbz / zvw toe te passen op het genoemde totaal bedrag.
VWS	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	De volgende zin "Hierbij merken we op dat de gemeenten, die sinds 2015 verantwoordelijk zijn voor het beschermd wonen, geen partij waren in het Bestuurlijk akkoord waarin de afspraken over ambulantisering werden gemaakt." is weliswaar een zin die juist is. Maar is dat een reden of verklaring voor toename?	De bedoeling was aan te geven dat het niet duidelijk is hoe de capaciteit voor beschermd wonen zich zal ontwikkelen nu deze zorg is overgeheveld naar het gemeentelijk domein. De tekst is aangepast.
VWS	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Kan worden toegelicht wat bedoeld wordt met een "zorginkoopcombinatie"?	Zorgverzekeraars kunnen gezamenlijk zorg inkopen via zorginkoopcombinaties. De analyse is op dit niveau uitgevoerd. Gemakshalve zijn alle zorgverzekeraars zorginkoopcombinaties genoemd. In de bronnen en methoden is een gedetailleerde toelichting opgenomen.
VWS	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Gaat het bij de tabel relatieve aandelen per verzorgingsgraad ook om absolute dalingen / stijgingen?	Deze tabel laat alleen de veranderingen in het procentuele aandeel zien. De absolute stijging /daling is weergegeven in de tabel met ontwikkeling per zorgverzekeraar (-1,4%).
VWS	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Er wordt geconcludeerd dat het aantal minuten crisiscontact 2012-2013 niet afneemt. Echter, het aantal minuten crisiscontact in 2013 ligt substantieel lager dan in 2012. Is dat dan geen forse daling?	Dit wordt al in de tekst toegelicht, het gaat hier om een ingrijpende wijziging in de dbc-registratie van crisiscontacten voor dbc's geopend vanaf 1 januari 2013. De regels voor het registreren van crisiscontacten zijn aangescherpt, waardoor er per 2013 minder geschreven tijd als "crisis-gerelateerde" tijd

				wordt aangemerkt.
VWS	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Er is een daling 2012-2013 in het aantal EPA patiënten dat geen zorg gebruikt. Is hier een verklaring voor?	De vignetten 2012 zijn vanwege datakwaliteit (ontbrekende gegevens één zorgverzekeraar) en onvergelijkbare kosten (2012 dbc's nog inclusief verrekenpercentage) weggelaten uit de definitieve versie.
VWS	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Klopt het dat er bij twee inkoopcombinaties van verzekeraars in 2013 juist méér klinische dagen zijn vergoed dan in 2012? Zo ja, hoe komt dit?	Dit is inderdaad de conclusie. We hebben navraag gedaan bij één van deze (inkoopcombinatie van) zorgverzekeraars. Er werd aangegeven dat de stijging werd veroorzaakt door het afschaffen van de eigen bijdrage ggz per 1 januari 2013. Hierover is een opmerking toegevoegd.
ZN (CZ)	2	Ontwikkelingen in de ggz	Hier staat dat voor de geneeskundige eerstelijns ggz geen verwijzing noodzakelijk is, maar een verwijzing is toch altijd verplicht?	Wettelijk gezien was voor toegang tot eerstelijns psychologische zorg (EPZ) een verwijzing in de periode 2008-2013 niet verplicht. Verzekeraars konden een verwijzing als aanvullende bepaling in de polisvoorwaarden opnemen. Ook de LVE en NVVP stelden als eis voor lidmaatschap het hebben van een verwijzing in het dossier. Anderzijds blijkt uit onderzoek van Prins et al (2012) dat in 2009 circa 30% van de patiënten zonder verwijsbrief eerstelijns psychologische zorg ontving.
ZN (CZ)	2	Ontwikkelingen in de ggz	Vanaf 2015 zijn er toch geen indicaties meer nodig voor de LGGZ ("Voortgezet verblijf")?	Na drie jaar "voortgezet verblijf" in de Zvw moet er bij het CIZ een indicatie voor de Wlz worden aangevraagd. Het Zorginstituut heeft onlangs een advies aan de staatssecretaris uitgebracht over de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis.
ZN (CZ)	5	Uitgaven en prijsontwikkeling in de ggz	Klopt tabel 5.4? Negatief percentage en een stijging in aantal dagen.	De tabel was niet juist en is aangepast.
ZN (De Friesland)	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Bij grote instellingen zien we in 2014 en 2015 niet zozeer dat het aantal cliënten toeneemt, maar vooral de enorme zorgverzwaring valt op. Een mogelijke oorzaak hiervoor is volgens de aanbieders dat mensen door de ambulantisering minder goed in beeld zijn en daarom zich pas in een vergevorderd stadium bij de crisiszorg melden en dat daardoor de crisiszorg zwaarder en vooral duurder wordt.	De NZa neemt dergelijke signalen serieus. Zodra er meer cijfers over 2014 en 2015 beschikbaar komen kunnen deze ontwikkelingen getoetst worden.
ZN	2	Ontwikkelingen in de	De risicoverevening werkt op dit moment niet	Er is opgenomen dat in 2016 onderzoek wordt uitgevoerd ter

(Zilverenkruis)		ggz	goed. Een opmerking hierover opnemen aan het eind van de eerste alinea 2.1.3.	verbetering van de ggz risicoverevening.
ZN (Zilverenkruis)	2	Ontwikkelingen in de ggz	Bullet 6: "De DBC-tarieven van 2014 zijn herijkt op basis van een kostprijsonderzoek dat in 2013 is uitgevoerd." Hierover loopt nog een bezwaar van ZK, dus het kan niet zo feitelijk worden opgenomen.	De tarieven zijn daadwerkelijk herijkt. Het bezwaar doet hier niets aan af
ZN (Zilverenkruis)	3	Patiënten en aanbieders	We zien een andere patiënt-ontwikkeling 2014-2015 dan de NZa.	De schatting voor 2015 is verwijderd omdat deze bij nader inzien te grof en speculatief was. Voor 2014 is geen uitsplitsing naar jeugd en volwassenen gemaakt omdat cijfers op dit niveau nog niet beschikbaar zijn bij de NZa.
ZN (Zilverenkruis)	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	Het hoofdstuk Ambulantisering is lastig leesbaar omdat er allerlei jaren door elkaar genoemd worden en er geregeld appels met peren vergeleken worden.	We hebben geprobeerd de leesbaarheid van dit hoofdstuk te verbeteren.
ZN (Zilverenkruis)	8	Zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening	De vignettenstudie is in een groot deel van de regio's nog niet uitgevoerd.	Het betreft een methode om puur vanuit de data EPA patiënten als zodanig te definiëren en vervolgens op basis van zorggebruik de patiënt aan een vignet toe te wijzen. Deze methode is (vrijwel) 1-op-1 overgenomen van Vektis. Ook Vektis zelf heeft al landelijke cijfers gepresenteerd (zie "Rapportage EPA vignettenstudie" van ZN, mei 2014) en de Zorgthermometer ggz 2015.